Rapport annuel de gestion

2003
2004

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Pour la santé,
hier, aujourd'hui et demain

Québec

104-06928/

Document produit par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Coordination
Direction de la planification stratégique et de la vérification interne

Publication
Direction des communications

Graphisme
Groupe Dorcas

Impression
Imprimerie C.P.L. inc.

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-550-42700-9
ISSN 1703-3780

Dans le présent rapport, le masculin désigne aussi bien les hommes que les femmes lorsque le contexte s'y prête.

TABLE DES MATIÈRES

Le message du président 9

La déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents 11

Le rapport de validation de la vérification interne 12

Un portrait de la Régie de l'assurance maladie du Québec
- Une mission importante 15
- La Régie au service de sa clientèle 19
- Une organisation pleinement vouée à sa mission 22

Les faits saillants de l'année 31

Les résultats des engagements
- Avant-propos 37
- Les résultats
  - La déclaration de services aux citoyens 38
  - Les objectifs stratégiques 51

Les ressources de la Régie
- Les ressources humaines 73
- Les ressources informationnelles 76

Diverses exigences gouvernementales
- La politique linguistique 81
- Le plan d'action en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information 82
- Le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec 84

Les états financiers et les données financières
- Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2004 89
- Les données financières 100

Le régime général d'assurance médicaments
- Le rapport d'activité 2003-2004 113
- Les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments 119

Les annexes
- 1- Les lois et règlements auxquels la Régie est assujettie 129
- 2- Les programmes administrés par la Régie 131
- 3- Le plan stratégique 2001-2004 (tableau synthèse) 138
- 4- Les recours en cas d'insatisfaction 140
- 5- Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 142

La liste des publications majeures 148

Des renseignements utiles pour joindre la Régie 149

Québec, juin 2004

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2004, conformément à la Loi sur l'administration publique et à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

PHILIPPE COUILLARD

Québec, juin 2004

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous soumettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier 2003-2004.

Le rapport annuel de gestion dresse un portrait de la Régie, expose les faits marquants de l'année et rend compte des résultats obtenus relativement aux engagements de la déclaration de services aux citoyens et aux objectifs du plan stratégique 2001-2004. Il fait également le point sur les ressources humaines et informationnelles de la Régie, répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur et présente des états financiers vérifiés.

Par ailleurs, je porte à votre attention le fait que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments traite de la gestion de celui-ci et comprend les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération.

Le président-directeur général,

PIERRE ROY

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

Le 29 octobre 2003, je présentais devant la Commission de l'administration publique de l'Assemblée nationale du Québec les rapports annuels 2001-2002 et 2002-2003 de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les membres de la Commission ont pu ainsi constater les efforts déployés par la Régie pour s'assurer que sa clientèle bénéficie de services de qualité.

Aujourd'hui, je suis fier de présenter le rapport annuel de gestion 2003-2004 qui rend compte de résultats satisfaisants. En effet, la plupart des objectifs et des engagements que la Régie s'était fixés pour la période 2001-2004 ont été atteints.

Ainsi, l'exercice financier que nous venons de terminer marque une étape importante, soit la fin du cycle de planification stratégique 2001-2004. L'année 2003-2004 a été l'occasion non seulement de jeter un œil sur le travail accompli durant trois ans, mais aussi de réfléchir aux orientations que souhaite prendre la Régie au cours des quatre prochaines années. De cette analyse est né le plan stratégique 2004-2008 qui guidera nos futures réalisations. De plus, la déclaration de services aux citoyens a fait l'objet d'une révision.

En terminant, je remercie chaleureusement tous les membres du personnel qui, forts de leur expertise, de leur détermination et de leur dévouement, ont su animer la Régie du dynamisme qu'on lui connaît. Je profite aussi de l'occasion pour souligner l'engagement qu'ont manifesté, tout au long de l'année, les membres du conseil d'administration. C'est grâce à toutes ces personnes que la Régie peut être fière d'offrir des services de qualité.

Le président-directeur général,

PIERRE ROY

LA DÉCLARATION ATTESTANT LA FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

La déclaration qui suit porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité de l'information et des résultats contenus dans ce rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À notre connaissance, les informations figurant dans ce rapport :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats et les orientations stratégiques de l'organisme ;
- présentent les cibles et les objectifs visés ainsi que les résultats atteints ;
- constituent des données exactes et fiables ;
- s'appuient sur des systèmes d'information et des mesures de contrôle reconnus.

En conséquence, nous déclarons que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2004. De plus, les résultats présentés ont été évalués quant à leur plausibilité et ont fait l'objet d'une mission d'examen par le Service de la vérification interne et de l'assurance qualité.

Le rapport a été approuvé par le comité de régie interne, qui en assume la responsabilité, ainsi que par le conseil d'administration de la Régie.

Pierre Ray
Président-directeur général

Francine Jacques
Directrice générale de l'administration et de la gestion de l'information

André-Gaétan Corneau
Secrétaire général et directeur général des affaires institutionnelles

Jean-Marie Lévesque
Directeur général des systèmes et des technologies de l'information

Marc Giroux
Directeur général de la rémunération des professionnels

Mimi Pontbriand
Directrice générale des services aux personnes assurées

Normand Julien
Directeur de la planification stratégique et de la vérification interne

LE RAPPORT DE VALIDATION DE LA VÉRIFICATION INTERNE

Monsieur le Président-Directeur général,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et de l'information figurant au rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2004. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction de la Régie.

Notre responsabilité consiste à évaluer la plausibilité et la cohérence générale de l'information fournie, en nous basant sur le travail que nous avons mené au cours de notre examen. Il ne s'agit pas d'une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à prendre des renseignements, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser les calculs, à demander des pièces justificatives et des précisions au besoin.

Au terme de notre examen, nous concluons que l'information de ce rapport annuel de gestion nous paraît, à tous les égards importants, plausible et cohérente.

Normand Ouellet, CA

Normand Ouellet
Chef du Service de la vérification interne et de l'assurance qualité

Québec, juin 2004

de la Régie de l'assurance maladie du Québec

Une mission importante

La Régie au service de sa clientèle

Une organisation pleinement vouée à sa mission

UNE MISSION IMPORTANTE

Depuis sa création en 1969, la Régie de l'assurance maladie du Québec a acquis une solide réputation en tant que société de services. Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, elle est directement associée aux grands enjeux en matière de santé, ce qui l'amène à jouer un rôle essentiel auprès de la population.

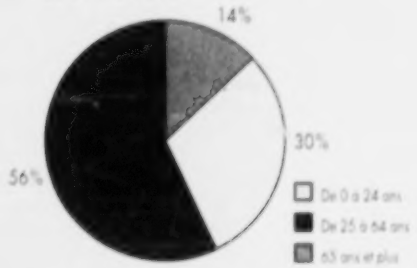
Dans des champs de compétence variés, les 1 677 employés de la Régie participent à l'accomplissement d'une même mission :

Contribuer à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois.

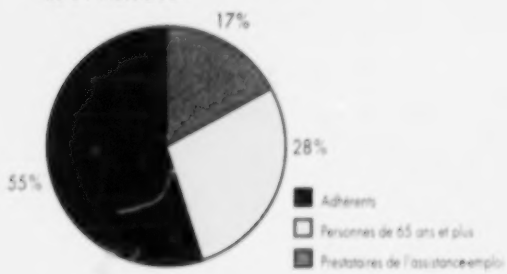
De nombreux mandats

La Régie a pour principal mandat d'administrer le régime d'assurance maladie ainsi que le régime public d'assurance médicaments. Précisons que ces régimes touchent respectivement 7,3 millions et 3,2 millions de personnes assurées.

Régime d'assurance maladie
7,3 millions de personnes assurées
au 31 mars 2004

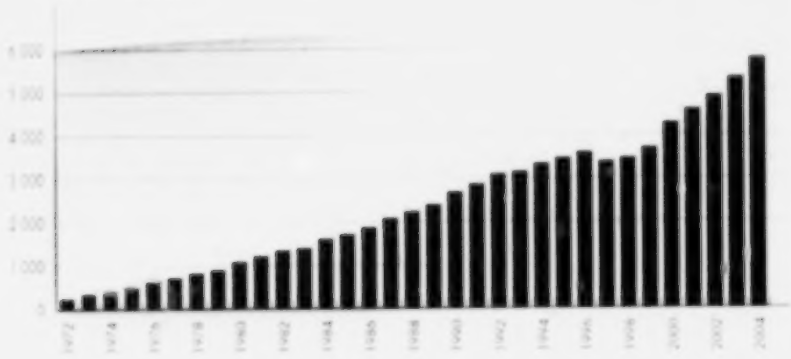


Régime public d'assurance médicaments
3,2 millions de personnes assurées
au 31 mars 2004



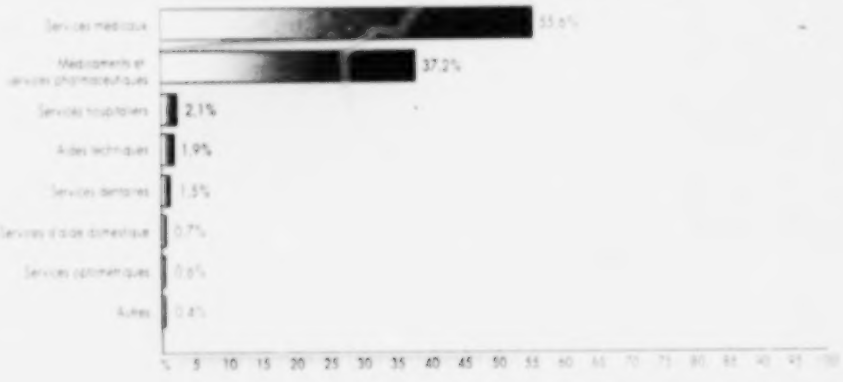
La Régie a aussi le mandat d'administrer tout programme qui lui est confié. De fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Ainsi, elle administre aujourd'hui une quarantaine de programmes.

Évolution du coût des programmes de 1971-1972 à 2003-2004
(en millions de dollars)



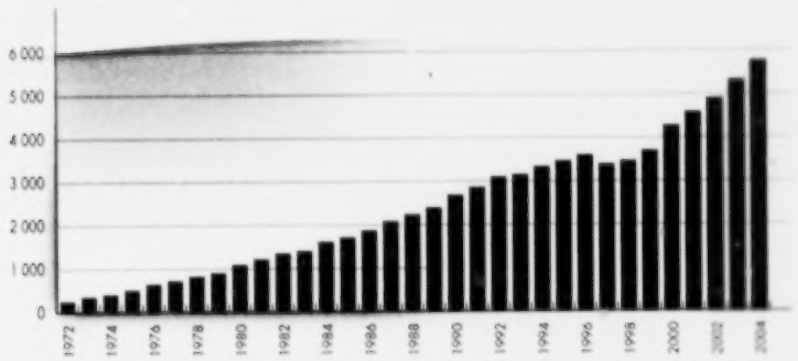
Pour l'année financière 2003-2004, les coûts relatifs aux services médicaux et aux médicaments et services pharmaceutiques représentent à eux seuls près de 93 % des 5,7 milliards de dollars engagés dans les programmes administrés par la Régie.

Répartition du coût des programmes au 31 mars 2004



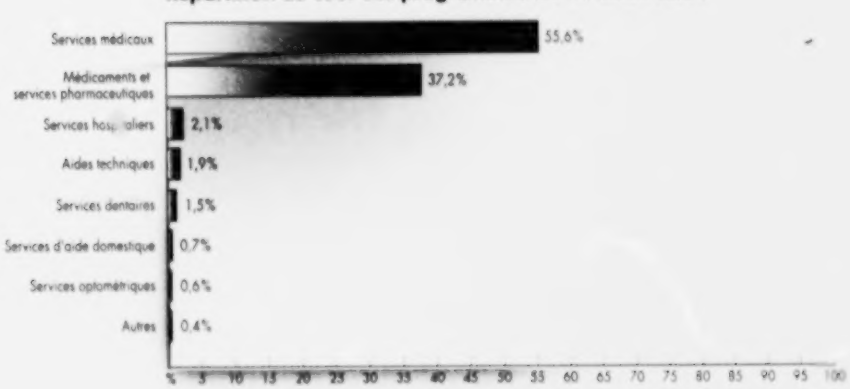
La Régie a aussi le mandat d'administrer tout programme qui lui est confié. De fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Ainsi, elle administre aujourd'hui une quarantaine de programmes[1].

Évolution du coût des programmes de 1971-1972 à 2003-2004
(en millions de dollars)



Pour l'année financière 2003-2004, les coûts relatifs aux services médicaux et aux médicaments et services pharmaceutiques représentent à eux seuls près de 93 % des 5,7 milliards de dollars engagés dans les programmes administrés par la Régie.

Répartition du coût des programmes au 31 mars 2004



1 La liste des lois et règlements auxquels est assujettie la Régie figure en annexe, de même que celle des programmes qu'elle administre.

LA RÉALISATION DE SA MISSION AU QUOTIDIEN

L'admissibilité des personnes assurées

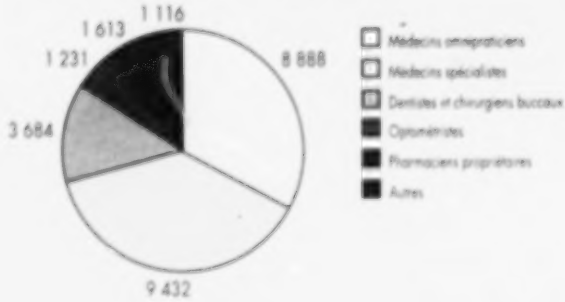
La Régie assume plusieurs responsabilités liées à sa mission. En premier lieu, elle veille à ce que toutes les personnes qui y ont droit puissent bénéficier des régimes et des programmes qu'elle administre. La délivrance de la carte d'assurance maladie et son renouvellement figurent en tête des activités de l'organisation à cet égard. Elle gère aussi l'inscription des personnes admissibles au régime public d'assurance médicaments.

Durant la seule année 2003-2004, la Régie a délivré environ 2,1 millions de cartes d'assurance maladie et a traité près de 384 000 demandes relatives à l'inscription au régime public d'assurance médicaments.

Le paiement des biens et services assurés

Non seulement la Régie fait en sorte que les personnes assurées puissent bénéficier des programmes qu'elle administre, mais elle veille aussi à ce que soient rémunérés les quelque 26 000 professionnels de la santé et autres dispensateurs de services.

Répartition du nombre de professionnels ayant une entente avec la Régie au 31 mars 2004



La Régie calcule la rétribution des professionnels de la santé conformément aux diverses ententes conclues sur ce chapitre entre les fédérations et les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Comme elle gère l'ensemble de l'information pertinente à l'établissement de leur rémunération, la Régie est en mesure de fournir aux professionnels des renseignements personnalisés au sujet des ententes qui les concernent.

En 2003-2004, la Régie a traité plus de 150 millions de demandes de paiement ; environ 100 millions provenaient des pharmaciens et 50 millions, des médecins.

La Régie paie, en tout ou en partie, les biens et services auxquels ont droit les personnes assurées. Mentionnons, à titre d'exemples, les services médicaux et hospitaliers fournis hors du Québec, les aides techniques destinées aux personnes atteintes d'une déficience physique et, sur une plus grande échelle, les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments.

D'autres responsabilités

Dans le cadre de programmes particuliers, la Régie fixe aussi le montant de la contribution financière demandée ou de l'aide consentie aux adultes hébergés, aux personnes prises en charge par des ressources intermédiaires et aux personnes ayant recours aux services d'aide domestique.

Le soutien à la clientèle

La Régie offre enfin le soutien et l'information nécessaires aux personnes assurées et aux professionnels de la santé dans le but de leur faciliter l'accès à ses programmes et services.

UNE GRANDE QUANTITÉ DE DONNÉES SOCIOSANITAIRES

Les responsabilités assumées par la Régie au sein du réseau de la santé et des services sociaux l'ont amenée à accumuler une grande quantité de données sociosanitaires, dont la part la plus importante provient des régimes et des programmes qu'elle administre. Elle est également dépositaire et gestionnaire de données pour le compte de diverses organisations du réseau.

Des données contribuant à l'amélioration du domaine de la santé

L'actif informationnel de la Régie est mis à la disposition des chercheurs et des acteurs du domaine de la santé et des services sociaux qui l'utilisent en vue de soutenir la gestion du réseau et d'améliorer les services offerts. Les modalités de diffusion des données sont établies en fonction des besoins exprimés, de même que dans le respect des lois et des règles de protection des renseignements personnels.

La Régie s'appuie sur cet actif pour réaliser ses propres études sur la consommation et la distribution des services de santé ainsi que sur l'évolution du coût des programmes. Elle peut de la sorte conseiller judicieusement le ministre de la Santé et des Services sociaux quant à l'évolution des programmes qu'elle administre.

UNE EXPERTISE RECONNUE

La Régie a acquis un savoir-faire relativement au développement et à l'utilisation sécurisée des technologies de l'information, à la gestion de projets d'envergure et à la gestion de l'information. En raison de son expertise, elle est appelée à contribuer à la modernisation des services de santé et des services sociaux au Québec, comme en témoigne sa participation au vaste chantier de l'informatisation du réseau.

Une collaboration soutenue

Depuis sa création, la Régie a joué un rôle grandissant dans la concrétisation des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux. En effet, elle a au fil des ans gagné la confiance du milieu grâce à sa collaboration avec différents acteurs du domaine de la santé, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux, les professionnels de la santé, les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les établissements, le Conseil du médicament et les chercheurs.

LA RÉGIE AU SERVICE DE SA CLIENTÈLE

En tant qu'acteur important du réseau de la santé et des services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec a le souci d'offrir à sa clientèle les meilleurs services possible.

DES ENGAGEMENTS CONCRETS QUANT À LA QUALITÉ DES SERVICES

Lors de l'opération « Priorité Service » lancée en 1996, la Régie annonçait publiquement ses engagements quant à la qualité des services. Cette volonté se reflétait également dans son plan stratégique 1996-2001.

La Régie adhérait déjà pleinement à la philosophie de la Loi sur l'administration publique adoptée en mai 2000 et orientée vers le service aux citoyens. Bien que le plan stratégique 2001-2004 et la déclaration de services aux citoyens aient été produits conformément aux dispositions de cette loi, ils s'inscrivent en continuité avec des pratiques établies dans l'organisation.

Des services en constante amélioration

En outre, la Régie s'est dotée d'un plan d'amélioration des services afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle, de lui assurer une information de qualité et de diminuer les délais dans la prestation des services.

Plusieurs des actions décrites dans ce plan visent sur le partenariat avec différents collaborateurs. La Régie associe également les employés à cette démarche d'amélioration et met à profit la plus-value apportée par les technologies de l'information.

De la sorte, la Régie répond aux orientations du plan d'action gouvernemental d'amélioration des services aux citoyens, et ses actions s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre de son plan stratégique 2001-2004.

UNE CLIENTÈLE BIEN INFORMÉE

Une partie des activités de la Régie consiste à bien renseigner la clientèle. Dans les centres d'appels, des préposés répondent aux demandes de renseignements qui proviennent quotidiennement des personnes assurées, des médecins, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé. Des systèmes automatisés de renseignements téléphoniques sont disponibles en tout temps. Des préposés accueillent les visiteurs dans les bureaux de la Régie, tant à Québec qu'à Montréal.

La Régie souhaite par ailleurs, à plus long terme, développer une vision intégrée de ses services aux personnes assurées, selon le modèle d'un centre de contacts avec la clientèle.

De l'information sous diverses formes

La Régie fournit également de la documentation écrite. En effet, les grands régimes que sont l'assurance maladie et l'assurance médicaments ainsi que les différents programmes offerts font l'objet de publications régulièrement mises à jour. Celles-ci sont diffusées dans les bureaux de la Régie et dans les établissements, notamment dans les CLSC, à l'intention des personnes assurées. Des manuels, des communiqués et divers documents sont aussi expédiés aux professionnels de la santé et portent notamment sur la rémunération de leurs services. Par ailleurs, toute la clientèle a accès à une information abondante et constamment mise à jour sur le site Internet de la Régie.

Des moments clés

La Régie est aussi présente dans les congrès des associations professionnelles, les salons des aînés et les événements qu'organisent les ministères et organismes gouvernementaux dans le but de faire connaître leurs services. Une tournée dans plusieurs régions du Québec a été faite cette année, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences de développement, afin d'informer les établissements visés sur les programmes liés au calcul de la contribution financière des adultes hébergés et des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire.

Étant donné la portée de ses interventions, la Régie collabore souvent avec les médias intéressés à suivre l'actualité du secteur de la santé, une préoccupation que partagent l'ensemble des Québécois. Elle diffuse ainsi de l'information d'intérêt public, tout en respectant scrupuleusement les règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Cette année, les sujets les plus souvent abordés concernaient l'assurance médicaments, les services assurés et l'admissibilité au régime d'assurance maladie.

À L'ÉCOUTE DES PERSONNES ASSURÉES ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Engagée dans un processus d'amélioration continue, la Régie souhaite connaître la perception de la clientèle à l'égard des services offerts. Par conséquent, elle compile et analyse les plaintes reçues des personnes assurées et des professionnels de la santé afin d'en tirer les enseignements nécessaires.

Les groupes de discussion constituent pour leur part une occasion privilégiée de prendre connaissance des commentaires et suggestions de la clientèle. Des groupes ont été formés notamment pour évaluer la clarté des lettres et d'autres écrits destinés aux personnes assurées.

La Régie exerce aussi un suivi en direct des appels traités par les préposés aux renseignements, ce qui lui permet de s'assurer à la fois de la qualité des services fournis et de la satisfaction des personnes.

L'ÉTHIQUE, AU NOMBRE DES VALEURS DE LA RÉGIE

Consciente de la portée de l'éthique dans l'accomplissement de sa mission, la Régie a élaboré un plan d'action visant à sensibiliser le personnel à cette notion et à favoriser son adhésion aux valeurs s'y rattachant.

L'établissement du portrait « éthique » de la Régie au cours de la dernière année est une étape importante de ce plan. De fait, des groupes de travail ont été formés afin que des employés de tous les niveaux puissent, d'une part, partager leur compréhension de la notion d'éthique et, d'autre part, déterminer de quelle façon cette dernière touche leurs activités professionnelles. De la sorte, des valeurs propres à l'organisation ont pu être précisées.

Au cours de la prochaine année, l'ensemble du personnel sera sensibilisé aux exigences qu'impose l'éthique. Les valeurs gouvernementales qui y sont liées ainsi que celles de la Régie lui seront présentées à titre de guide et de référence.

DES RECOURS EN CAS D'INSATISFACTION

En cas d'insatisfaction, les personnes assurées et les professionnels de la santé ont différents recours.

En effet, une personne assurée qui est insatisfaite d'un service reçu peut parler au supérieur de son interlocuteur ou demander la révision de son dossier, selon le cas. Elle peut aussi s'adresser à la commissaire aux plaintes des personnes assurées de la Régie ou encore au Protecteur du citoyen.

De son côté, tout professionnel de la santé peut demander la révision de son dossier ou déposer une plainte auprès du directeur des services à la clientèle professionnelle de même qu'à l'association professionnelle dont il est membre.

De plus amples détails sur les recours possibles sont fournis en annexe.

UNE ORGANISATION PLEINEMENT VOUÉE À SA MISSION

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA RÉGIE

Un conseil d'administration représentatif

Différents groupes de la société sont représentés au sein du conseil d'administration de la Régie. Les quinze membres qui en font partie sont nommés par le gouvernement du Québec. Le président-directeur général assume à la fois la présidence du conseil d'administration et la direction générale de l'organisation. Le secrétaire général de la Régie est nommé d'office secrétaire du conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration assurent une gestion rigoureuse des activités de la Régie. Ils participent activement à la définition de ses orientations, proposent des pistes d'amélioration et suivent la progression des dossiers d'intérêt.

Au cœur des grands enjeux

Au cours des douze réunions tenues pendant l'année, les membres du conseil d'administration ont non seulement traité des affaires courantes, mais ont poursuivi leur réflexion sur les grands enjeux du système de santé. Leur attention s'est notamment portée sur le régime général d'assurance médicaments. Les membres sont en effet soucieux d'en protéger les acquis pour la population et d'en assurer la viabilité. La circulation de l'information clinique, particulièrement sur la consommation de médicaments, a également fait l'objet de discussions. Les administrateurs ont aussi participé à l'élaboration du plan stratégique 2004-2008. De plus, ils ont suivi le projet Carte santé Québec et le déroulement des enquêtes faites par la Régie en différentes matières.

Diverses valeurs et règles guident les actions et les décisions du conseil d'administration quant aux relations à établir avec la population, les professionnels de la santé, les divers partenaires de la Régie et ses employés. Elles sont consignées dans son code d'éthique et de déontologie. Depuis l'adoption de ce dernier le 13 octobre 1999, aucun cas particulier n'a été traité et aucun manquement n'a été constaté. Comme le prévoit la loi, ce code est accessible au public et il figure en annexe.

Les membres du conseil d'administration au 31 mars 2004

Pierre Roy
Président-directeur général

André-Gaétan Comeau
Secrétaire

Gouvernement

Micheline Gamache
Vice-présidente

Jocelyne Dagenais

Milieu du travail

Marie-Andrée Cyrenne

Milieu des affaires

Pierre La Haye

Jacques L'Espérance

Conseil d'administration d'établissement

Michelle Doyon

Agence de développement

Serge Farger

Professionnels de la santé

Renata Dyki

Yves Dupré

Claude Gagnon

Consommateurs

Yves Couturier

Patrick Fouquereau

Ordres professionnels du domaine de la santé

Danielle Lessard

Richard Lemieux

LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Une direction éclairée

Le **président-directeur général** préside les séances du conseil d'administration. Il exerce les pouvoirs et les fonctions que lui confèrent le conseil et la loi et peut déléguer ses responsabilités aux membres du personnel.

Le président-directeur général gère les ressources et les activités de la Régie en fonction du mandat de l'organisation qui consiste à administrer le régime d'assurance maladie, le régime public d'assurance médicaments ainsi que les programmes qui lui ont été confiés. Pour y parvenir, il fixe les orientations générales, en coordonne la réalisation, exerce un suivi et en informe régulièrement les membres du conseil d'administration. Le président-directeur général représente la Régie et maintient les liens nécessaires avec les ministères, les organismes gouvernementaux et les partenaires. Enfin, il est imputable de la gestion administrative de la Régie devant l'Assemblée nationale.

Un cadre de gestion modernisé et de qualité

La **Direction de la planification stratégique et de la vérification interne** (DPSVI) soutient l'intégration des principes de la gestion axée sur les résultats à la Régie et coordonne plus particulièrement toutes les questions qui touchent la planification stratégique et la déclaration de services aux citoyens. Elle assure la vérification interne des activités, des systèmes et des pratiques de gestion de l'organisation. De plus, elle réalise des activités en matière d'assurance qualité de façon à ce que l'administration des programmes s'effectue conformément aux lois et règlements en vigueur.

Un recours pour les personnes assurées

La **commissaire aux plaintes des personnes assurées** défend les intérêts de ces personnes devant l'administration de la Régie et voit à ce que les services auxquels elles ont droit leur soient fournis.

Un soutien aux activités de la haute direction

La **Direction générale des affaires institutionnelles** (DGAI) est responsable du Secrétariat général. Celui-ci assure le soutien nécessaire au bon fonctionnement du conseil d'administration et à l'exercice des pouvoirs que lui confère la loi. En outre, le Secrétariat gère, conserve et distribue tous les documents officiels et traite les demandes d'information provenant du président-directeur général et du ministre.

La DGAI veille, de plus, à l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ainsi, elle évalue si cette loi autorise la Régie à transmettre les renseignements demandés et coordonne l'ensemble des mesures internes relatives à la confidentialité de l'information. Par ailleurs, elle conseille l'organisation sur toute question juridique, législative et réglementaire en faisant appel à l'expertise des avocats et des notaires qui y travaillent.

En outre, la DGAI fait des investigations et des analyses en vue de signaler toute situation problématique touchant l'admissibilité des personnes, la conformité des services rendus avec les honoraires réclamés et l'authenticité des biens et des services payés. Enfin, elle est appelée à réaliser des enquêtes en différentes matières relevant de sa compétence.

Des services à l'organisation

La **Direction générale de l'administration et de la gestion de l'information** (DGAGI) offre l'ensemble des services touchant les ressources humaines, financières, matérielles et immobilières de la Régie. Elle gère également le Fonds de l'assurance médicaments. Cette responsabilité implique de maintenir un système comptable qui assure une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds, dédié au financement du régime public d'assurance médicaments. Elle est chargée aussi de récupérer les sommes qui sont dues à la Régie au regard des programmes que cette dernière administre.

Des communications ciblées

L'information constituant un élément clé de toute prestation de services, la DGAGI élabore des stratégies de communication et les met en œuvre afin que les personnes assurées et les professionnels de la santé connaissent mieux les services que la Régie leur offre.

Une contribution à la recherche et à la gestion

De plus, elle joue un rôle de premier plan dans la définition des orientations en matière d'assurance maladie et d'assurance médicaments, grâce aux études et aux recherches qu'elle effectue ainsi qu'à son expertise en analyse de programmes.

Enfin, la DGAGI gère un environnement informationnel constitué d'une grande quantité de données nécessaires à la réalisation de la mission de la Régie. Ces données soutiennent également la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux, et contribuent à une meilleure gestion du réseau.

Des services aux personnes assurées

La **Direction générale des services aux personnes assurées** (DGSPA) est responsable de l'ensemble des services offerts directement à cette clientèle. À ce titre, elle est chargée notamment de la gestion et du contrôle de l'admissibilité aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments. En raison des responsabilités qu'elle assume, la DGSPA administre le plus important fichier qui existe sur la population québécoise ; celui-ci est maintenant une référence dans plusieurs dossiers gouvernementaux qui requièrent les données qu'il contient. Il va sans dire que la DGSPA met un point d'honneur à assurer la confidentialité des renseignements personnels de ce fichier.

La DGSPA administre aussi de nombreux programmes qui portent notamment sur les services médicaux et hospitaliers reçus hors du Québec ainsi que sur les aides techniques offertes aux personnes ayant une déficience physique, auditive ou visuelle. Elle gère également les programmes liés à la contribution financière et à l'aide accordée, selon le cas, aux adultes hébergés et aux personnes prises en charge par une ressource intermédiaire. L'exonération financière relative aux services d'aide domestique est aussi de son ressort.

La qualité des services offerts aux personnes assurées constitue une préoccupation constante pour la DGSPA. Les préposés aux renseignements du centre d'appels de même que le personnel qui accueille les visiteurs à Québec et à Montréal jouent à cet égard un rôle crucial. Par ailleurs, elle travaille avec de nombreux collaborateurs dans le but d'offrir les meilleurs services aux personnes assurées.

Enfin, dans le respect de la loi et des règles en vigueur et pour mieux servir la clientèle, la DGSPA échange des renseignements avec des organisations publiques et privées. La gestion des changements d'adresse en est un exemple.

Des services aux professionnels de la santé

La Direction générale de la rémunération des professionnels (DGRP) maintient quant à elle les contacts nécessaires entre la Régie et les professionnels de la santé. Elle gère notamment leur admissibilité et les rémunère conformément aux lois, règlements et ententes en vigueur. Étant responsable du fichier d'inscription des professionnels, la DGRP se sert des données qu'il contient pour les rétribuer. En conséquence, elle doit constamment mettre à jour ses systèmes informatiques et ses processus administratifs en fonction des changements apportés aux ententes.

Les employés s'efforcent de toujours bien informer les professionnels de la santé, que cela soit par courrier, par Internet ou par téléphone, et facilitent le plus possible leurs transactions avec la Régie.

Le secteur pharmaceutique occupe une place importante dans les activités de la DGRP. En effet, cette direction est en mesure de répondre aux besoins des pharmaciens qui traitent en direct avec la Régie grâce à l'assistance téléphonique qu'elle leur offre. De plus, elle accorde les autorisations relatives aux médicaments d'exception et au programme « patients d'exception ».

La DGRP peut compter sur une équipe de professionnels de la santé qui fournissent l'expertise médicale, dentaire, optométrique et pharmaceutique nécessaire à diverses directions de la Régie. Elle vérifie la conformité des services reçus et facturés en fonction des normes en vigueur et s'assure de leur cohérence, ce qui lui donne une vision d'ensemble de la prestation de services.

Les technologies de l'information au cœur de la prestation de services

La Direction générale des systèmes et des technologies de l'information (DGSTI) rend accessibles à l'ensemble des unités administratives les technologies qui leur permettent d'offrir des services aux diverses clientèles de la Régie. Son rôle est donc primordial, en raison des nombreuses transactions effectuées quotidiennement. Aussi la DGSTI a-t-elle comme préoccupations non seulement de soutenir les activités de l'organisation, mais d'assurer la sécurité et l'intégrité des systèmes et des données.

Conjuguée à des activités de veille, l'expertise du personnel permet à la DGSTI de planifier de façon optimale le développement technologique de la Régie et de mettre à profit des solutions de pointe adaptées à ses besoins. Cette direction est donc en mesure de proposer des orientations concrètes à la haute direction et de la conseiller relativement aux investissements à effectuer.

Enfin, étant donné la nature de ses activités, la DGSTI collabore à des projets de développement technologique avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et différents acteurs du réseau.

La structure organisationnelle

La structure organisationnelle

Les faits saillants de l'année

LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

UNE ENQUÊTE SUR DES CARTES DÉLIVRÉES À DES NON-RÉSIDENTS DU QUÉBEC

En 2003-2004, la Régie a conduit une enquête afin de vérifier les allégations d'un quotidien montréalais voulant que des cartes d'assurance maladie aient été délivrées à des non-résidents du Québec. Les résultats obtenus lui ont permis de réfuter la majorité de ces allégations. De plus, les quelques irrégularités décelées n'avaient pas l'ampleur dénoncée. La Régie a poursuivi ses travaux en vue de mieux détecter les situations irrégulières. De nouvelles mesures ont aussi été définies pour resserrer les mailles de son filet de sécurité.

UNE SUITE À L'ENQUÊTE SUR LES FABRICANTS DE MÉDICAMENTS

Une enquête menée par la Régie a permis de relever certains manquements aux engagements des fabricants de médicaments. Ceux-ci doivent s'engager à respecter le prix de vente garanti quand ils transigent avec les grossistes et les pharmaciens. Par conséquent, ils ne peuvent leur accorder d'avantages sous la forme de rabais, de ristournes ou de primes dans le but de les inciter à acheter leurs produits. Au printemps 2003, la Régie a déposé quatre requêtes en dommages contre des fabricants de médicaments génériques ; elles totalisent 50,2 millions de dollars.

L'AUDITION DE LA RÉGIE DEVANT LA COMMISSION DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

En octobre 2003, la Régie s'est présentée devant les membres de la Commission de l'administration publique pour rendre compte de sa gestion ainsi que des rapports annuels de gestion 2001-2002 et 2002-2003. À cette occasion, les efforts qu'elle a déployés pour assurer la qualité des services offerts à la clientèle ont été remarqués. De plus, la Commission de l'administration publique s'est déclarée satisfaite de la reddition de comptes effectuée par la Régie de l'assurance maladie du Québec. À cet égard, elle a souligné la rigueur avec laquelle la Régie a présenté les résultats qu'elle a obtenus relativement aux objectifs stratégiques qu'elle s'était fixés.

DE NOMBREUSES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX ENTENTES DE RÉMUNÉRATION

Au cours de l'année 2003, les ententes de rémunération conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les fédérations et associations représentant les professionnels de la santé ont fait l'objet d'un nombre sans précédent de modifications. À titre d'exemple, le nombre de changements apportés aux ententes touchant les médecins omnipraticiens a augmenté de 63 % comparativement à 2002. La Régie s'est appliquée à intégrer l'ensemble des rajustements nécessaires à la rémunération des professionnels.

---

1. Commission de l'administration publique, Examen du rapport sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics publié par le Secrétariat aux emplois supérieurs du Conseil exécutif du Québec, p. 7.

LA RÉGULARISATION DES INSCRIPTIONS EN ASSURANCE MÉDICAMENTS

En 2003-2004, la Régie a intensifié ses efforts visant à régulariser la situation des personnes dont la déclaration de revenus porte à croire qu'elles ont pu bénéficier à la fois d'un régime privé d'assurance collective et du régime public d'assurance médicaments. Cette opération est menée en collaboration avec le ministère du Revenu du Québec depuis 2002-2003.

L'ARCHITECTURE D'ENTREPRISE : UNE VISION D'AVENIR

Pour satisfaire aux exigences grandissantes de la clientèle et pour répondre aux préoccupations du gouvernement relativement à la prestation de services, la Régie a entrepris une démarche d'envergure afin de revoir ses façons de faire en développant une architecture d'entreprise. Cette démarche lui permettra de définir une vision à long terme de la prestation de services, de revoir ses processus de travail et de trouver les solutions informatiques susceptibles de répondre à ses besoins, et ce, dans le respect de son mandat et des priorités établies dans son plan stratégique. Une stratégie de mise en œuvre orchestrera les changements administratifs et technologiques à intégrer à l'ensemble de l'organisation.

Au cours de la dernière année, plusieurs employés ont participé aux travaux menant à l'établissement d'une vision organisationnelle de la prestation de services.

LA PARTICIPATION DE LA RÉGIE À L'INFORMATISATION DU RÉSEAU

La Régie a participé aux travaux pilotés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vue d'élaborer le plan d'informatisation du réseau. Elle est non seulement membre du comité de travail formé pour diriger et mener à bien ces travaux, mais a aussi contribué, entre autres, à la préparation du bilan de la situation actuelle, à la détermination des orientations ainsi qu'à l'élaboration d'une proposition de stratégie de mise en œuvre.

LA MISE EN LIGNE DU PORTAIL DE LA RÉGIE

La Régie a conçu un portail Internet qui facilite l'accès à ses services électroniques. En effet, celui-ci présente une organisation claire de l'information et offre une navigation aisée vers les différents types de services en fonction des besoins du client.

Plus particulièrement, la Régie a rafraîchi la section du site portant sur l'assurance médicaments. Dorénavant, l'internaute y trouve non seulement des renseignements sur le régime public administré par la Régie, mais aussi sur les régimes privés d'assurance collective. Grâce à un questionnaire en ligne, une personne peut savoir à quel type de régime elle doit adhérer. La convivialité et l'exhaustivité de cette nouvelle section permettent au citoyen de mieux comprendre ses droits et obligations en matière d'assurance médicaments.

DE NOUVEAUX SERVICES EN LIGNE

La Régie a développé plusieurs services en ligne accessibles sur un extranet sécurisé qui offre, à une clientèle désignée, la possibilité d'effectuer des transactions. Quelques nouveautés sont à signaler en 2003-2004 : l'inscription des médecins spécialistes à un territoire de pratique en régions éloignées, la transmission d'un avis de dépôt lié à la rémunération des professionnels et la consultation en direct, par les dispensateurs de services assurés, de l'information relative aux aides techniques utilisées par une personne atteinte d'une déficience physique dans le but de lui offrir un service adéquat et adapté à ses besoins.

Il est à noter que les services en ligne sont de plus en plus utilisés. En effet, le nombre de professionnels de la santé y ayant accès a augmenté de façon importante, passant de 134 en 2002-2003 à 2 668 en 2003-2004. Qui plus est, le nombre d'établissements pouvant s'en servir est passé de 203 en 2002-2003 à 259 en 2003-2004.

Par ailleurs, dans le but de mettre en place un plus grand nombre de services en ligne et d'assurer la pérennité de ses systèmes, la Régie a modernisé plusieurs de ses infrastructures technologiques, dont celles soutenant les moyens de télécommunication utilisés pour transmettre des renseignements touchant le paiement des professionnels.

LA COORDINATION DU CENTRE D'EXPERTISE DES GRANDS ORGANISMES

Depuis novembre 2003, la Régie assure la coordination des activités du Centre d'expertise des grands organismes[2], lieu de définition et de partage des meilleures pratiques dans les domaines liés au service à la clientèle et à la gestion de la performance. Ainsi, des groupes d'échange, constitués de représentants des grands organismes, sont dédiés à différents thèmes. Le Centre organise aussi, entre autres activités, des conférences et des colloques.

DIVERSES ACTIONS EN FAVEUR DU PERSONNEL

En 2003-2004, la Régie a mis en œuvre diverses actions pour améliorer la pratique de la reconnaissance des employés, développer les compétences et la polyvalence de ceux-ci et faciliter la circulation de l'information à l'interne. Les mesures appliquées répondent aux préoccupations des employés consultés par sondages. De plus, elles s'inscrivent dans le cadre du plan stratégique 2001-2004 qui vise à offrir au personnel un milieu de travail mobilisateur, ouvert à ses aspirations et porteur de défis à relever.

---

2. Outre la Régie de l'assurance maladie, les organismes membres du Centre d'expertise sont la Régie des rentes, la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Commission des normes du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec et la Société des alcools du Québec.

Les résultats
des engagements de la Régie

Avant-propos
Les résultats

AVANT-PROPOS

La déclaration de services aux citoyens et le plan stratégique de la Régie demeurent les pierres angulaires de sa reddition de comptes.

Pour soutenir cette opération, la Régie fait largement appel aux résultats de sondages effectués, entre janvier et avril 2002, par téléphone auprès de plus de 3 000 personnes assurées et à l'aide d'un questionnaire auprès de 1 600 professionnels de la santé. Les résultats présentent une marge d'erreur de ± 3,1 %, avec un intervalle de confiance de 95 % (19 fois sur 20).

La Régie utilise également les résultats d'un sondage effectué auprès des employés en novembre 2001 dans le but de mieux connaître le climat de travail dans l'organisation. Les employés y avaient répondu dans une proportion de 80 %. Les résultats présentent une marge d'erreur de ± 1,3 %, avec un intervalle de confiance de 95 %. Cette démarche avait permis notamment de définir les priorités d'action au regard de certains objectifs liés à la planification stratégique.

Durant l'année, la Régie a amorcé une réflexion relative à une stratégie de services à la clientèle, prévoyant la réalisation de sondages, en vue notamment de maintenir à jour sa connaissance des attentes et de la satisfaction de celle-ci quant aux services offerts. Par conséquent, elle n'a pas fait d'autres sondages auprès de la clientèle depuis 2002 ; elle ne dispose donc pas d'indices de satisfaction récents à cet égard.

De la même façon, la Régie n'a pas fait d'autres sondages auprès du personnel étant donné que plusieurs mesures ont été appliquées récemment pour répondre aux attentes qu'il avait exprimées en 2001.

À propos des indicateurs

Les indices de satisfaction de la clientèle doivent se lire comme suit :

0 = très insatisfait 3,33 = assez insatisfait 6,66 = assez satisfait 10 = très satisfait

Précisons que des modifications ont été apportées aux méthodes de calcul de certains indicateurs utilisés. Toutefois, dans la mesure du possible, la Régie a maintenu la comparabilité des données avec les années antérieures, bien qu'elles puissent différer de celles paraissant dans les rapports annuels de gestion 2001-2002 et 2002-2003.

LES RÉSULTATS
La déclaration de services aux citoyens

La Régie s'est engagée à accueillir les personnes assurées et les professionnels de la santé avec courtoisie, à les servir dans le respect des règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels de même qu'à leur offrir des services accessibles, rapides et efficaces.

LA COURTOISIE

La Régie s'engage à accueillir les personnes assurées et les professionnels de la santé de façon courtoise. Ainsi, le préposé aux renseignements :

- se nomme lorsqu'une personne s'adresse à lui ;
- prend le temps de l'écouter, lui consacre toute l'attention nécessaire et fait preuve de compréhension à son égard ;
- s'assure qu'elle a bien compris les réponses données et que celles-ci répondent bien à ses questions.

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la courtoisie sont l'indice de satisfaction de la clientèle à cet égard ainsi que le nombre de plaintes reçues par la commissaire aux plaintes des personnes assurées et la Direction des services à la clientèle professionnelle.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indices de satisfaction de la clientèle :			
- personnes assurées	8,9/10	s. o.	s. o.
- professionnels de la santé	7,7/10	s. o.	s. o.
Nombre de plaintes reçues :			
- personnes assurées	20	23	50
- professionnels de la santé	2	1	0

1. Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

COMMENTAIRES

Les indices obtenus lors du dernier sondage démontrent la satisfaction des personnes assurées et des professionnels de la santé à l'égard de la courtoisie des préposés aux renseignements. Malgré une hausse observée en 2003-2004, le nombre total de plaintes reçues de 2001 à 2004 est somme toute peu significatif, puisque, durant cette période, les préposés ont répondu à plus de 5 millions de demandes, autant par téléphone qu'en personne. La Régie prête par ailleurs une grande attention aux plaintes déposées, chacune étant rapidement prise en charge et faisant l'objet d'un suivi. Précisons qu'une place importante est accordée à la courtoisie dans la formation donnée au personnel qui entre en contact avec le public, et plus particulièrement aux nouveaux employés. Le suivi en direct d'un échantillon d'appels traités permet notamment d'apprécier cet aspect du service.

LE RESPECT DES RÈGLES DE CONFIDENTIALITÉ ET DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Régie s'engage à servir les personnes assurées et les professionnels de la santé dans le respect des règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Ainsi, le personnel en place :

- reçoit les personnes dans un espace qui favorise les échanges sous le sceau de la confidentialité ;
- est sensibilisé de façon continue aux règles de confidentialité à respecter ;
- s'assure de l'identité des clients avant de leur transmettre des renseignements personnels les concernant ;
- consulte les banques de données seulement s'il est autorisé à le faire.

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels sont l'indice de satisfaction de la clientèle à cet égard ainsi que le nombre de plaintes reçues.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indices de satisfaction de la clientèle :			
- personnes assurées	8,7/10	s. o.	s. o.
- professionnels de la santé	7,9/10	s. o.	s. o.
Nombre de plaintes reçues :			
- personnes assurées	0	16	21
- professionnels de la santé[1]	0	0	1

1. Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

COMMENTAIRES

Les sondages effectués en 2001-2002 révèlent que les personnes assurées et les professionnels de la santé sont grandement satisfaits en ce qui regarde la protection des renseignements personnels.

En 2002-2003, la commissaire aux plaintes des personnes assurées a reçu 16 plaintes ; 10 portaient sur la pertinence des renseignements nominatifs qui figurent sur l'avis de renouvellement de la carte d'assurance maladie, principalement en ce qui concerne le numéro d'assurance sociale. Ces renseignements nominatifs sont toutefois prévus par la réglementation actuelle.

L'année 2003-2004 a été marquée d'une légère hausse du nombre de plaintes quant à la protection des renseignements personnels, surtout de la part des personnes assurées. Il va sans dire que la Régie porte une attention particulière au suivi de telles plaintes.

Le réaménagement de la salle d'accueil au bureau de la Régie à Montréal

La salle d'accueil au bureau de la Régie à Montréal a été réaménagée en 2001-2002. Les postes d'entrevue sont maintenant isolés les uns des autres, et l'espace alloué à chacun a été considérablement augmenté. De plus, la salle d'attente est désormais séparée de ces postes. Il est à noter que 84 % des visiteurs sont reçus à Montréal.

La formation et la sensibilisation à la protection des renseignements personnels

La Régie a fait un effort particulier pour sensibiliser les nouveaux employés aux enjeux et aux exigences de la protection des renseignements personnels et de la sécurité de l'information. Ainsi, une séance d'information fait dorénavant partie du programme d'accueil, et tout employé est invité à signer un engagement à la confidentialité dès son entrée en fonction. La Régie a aussi offert, en priorité au personnel qui entre en contact avec la clientèle, des séances de formation sur la protection des renseignements personnels.

D'autres actions ont été menées auprès des employés. Ainsi, un nouveau dépliant sur la sécurité de l'information leur a été distribué, et des messages thématiques ont été diffusés à leur intention. De plus, il est dorénavant possible de consulter une section du site intranet dédiée à la protection des renseignements personnels et dans laquelle se trouvent, entre autres, les réponses aux questions les plus fréquentes ainsi que de l'information sur la structure organisationnelle, l'accès à des documents administratifs, les personnes-ressources et les activités.

La vérification de l'identité de la personne assurée

Dans un souci d'amélioration continue, la Régie a renforcé le protocole lié aux services téléphoniques et d'accueil à l'usage des préposés aux renseignements pour le rendre plus sécuritaire. En outre, pour s'assurer qu'il est respecté, elle fait un suivi en direct d'un échantillon d'appels traités.

L'accès autorisé aux banques de données

La Régie a complété la refonte des profils d'accès des employés à ses banques de données et a procédé à la mise en place d'un système informatisé qui gère ces profils. De cette façon, elle s'assure que chaque employé a accès seulement à l'information nécessaire à l'accomplissement de sa tâche.

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES ASSURÉES

La Régie s'engage à garantir l'accessibilité de ses services aux personnes assurées :

- en mettant à leur disposition différents moyens d'accès et d'information (accueil à ses bureaux, téléphone, télécopie, poste, Internet, expositions et salons) ;
- en leur garantissant un accès gratuit aux services de renseignements téléphoniques (lignes sans frais, dont une pour les malentendants) ;
- en leur offrant jour et nuit, tous les jours, de l'information pertinente au moyen du système téléphonique automatisé, avec la possibilité de parler à un préposé durant les heures d'ouverture des bureaux ;
- en leur offrant l'accès, sur l'ensemble du territoire québécois, à des collaborateurs compétents (CLSC et points de service de la Société de l'assurance automobile du Québec) pour l'obtention de la carte d'assurance maladie.

Les personnes assurées utilisent massivement les différents moyens mis à leur disposition pour entrer en contact avec la Régie.

Utilisation des moyens d'accès	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
Courrier reçu	2 345 700	2 509 400	2 529 700
Appels traités[1] :			
- par le système téléphonique automatisé (renseignements généraux)	409 200	482 400	556 100
- par les préposés du centre d'appels des personnes assurées	1 330 300	1 310 900	1 327 700
Visites aux bureaux de la Régie	136 900	146 400	162 300
Consultations du site Internet (estimation)[2]	178 900	274 000	432 900
Courriels reçus	4 900	6 600	6 800

1. Y compris les appels reçus sur les lignes sans frais.
2. Les données de 2001-2002 et de 2002-2003 ont été modifiées à la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul en 2003-2004, et cela, en raison d'une refonte du site.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité des services aux personnes assurées se rapportent aux trois points suivants :

- la satisfaction de la clientèle ;
- les services téléphoniques du centre d'appels des personnes assurées ;
- les services offerts par les collaborateurs de la Régie.

La satisfaction de la clientèle

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la satisfaction de la clientèle quant à l'accessibilité des services sont l'indice de satisfaction à cet égard ainsi que le nombre de plaintes reçues.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indice de satisfaction de la clientèle	7,6/10	s. o.	s. o.
Nombre de plaintes reçues[1]	873	1 968	3 615

1. [illegible]

Commentaires

Le nombre de plaintes a augmenté substantiellement en 2003-2004, soit de 1 968 à 3 615. L'accessibilité des services téléphoniques est le seul motif évoqué. Cependant, bien que les quatre premiers mois de l'année aient été difficiles, le nombre de plaintes a connu une nette diminution par la suite, compte tenu des mesures de redressement mises en application pour tenter de résoudre les difficultés d'accès éprouvées par la clientèle.

Les services téléphoniques du centre d'appels des personnes assurées

La clientèle qui téléphone à la Régie est accueillie par un système automatisé ; elle peut ainsi obtenir des renseignements généraux en tout temps. Toutefois, une personne peut parler à un préposé si elle le désire. Le système effectue alors un transfert d'appel et la met en attente ou l'invite à rappeler si aucune ligne ne se libère. Il arrive cependant qu'elle abandonne la communication avant d'avoir parlé à un préposé.

Quelques indicateurs permettent à la Régie de mesurer l'accessibilité du centre d'appels des personnes assurées :

- le pourcentage de communications établies rend compte de la facilité à entrer en contact avec elle par l'entremise du système automatisé durant les heures d'ouverture du centre d'appels;
- le pourcentage de transferts d'appels réussis ainsi que le pourcentage d'abandon des appels en attente témoignent de l'accessibilité des préposés.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Pourcentage de communications établies	71 %	57 %	48 %
Pourcentage de transferts d'appels réussis	69 %	68 %	58 %
Pourcentage d'abandon des appels en attente	7 %	11 %	10 %

[illegible]

Commentaires

À l'instar d'autres centres d'appels gouvernementaux, celui des personnes assurées a connu certaines difficultés, plus particulièrement au cours de 2002-2003 et au début de 2003-2004.

La hausse de l'achalandage des lignes téléphoniques, la complexité grandissante des appels traités par les préposés, leur plus longue durée ainsi qu'un taux de roulement important du personnel expliquent en grande partie cette situation difficile. Toutefois, la Régie a élaboré et mis en place un plan d'action dans le but d'améliorer l'accessibilité du centre d'appels des personnes assurées.

Ainsi, grâce à la consolidation des systèmes informatiques, les préposés ont obtenu un accès plus rapide au fichier d'inscription des personnes assurées nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. Des modifications ont aussi été apportées au système téléphonique automatisé en vue de favoriser une meilleure répartition des appels. De plus, une planification serrée des ressources humaines a été effectuée. Ainsi, le personnel de l'accueil au bureau de Montréal a participé à la prise d'appels, et des étudiants ont été engagés pour prêter main-forte durant les périodes de changements d'adresse. Enfin, l'envoi de télécopies par ordinateur a libéré les employés d'une tâche qu'ils devaient accomplir manuellement avant. Par ailleurs, dans les cas de surcharge du système téléphonique, les préposés du centre d'appels ont rappelé les clients en dehors des heures d'ouverture.

Cela dit, le fait le plus marquant a été sans aucun doute l'ajout, au printemps 2003, de 38 postes de préposés, ce qui a amélioré de façon marquée l'accessibilité du centre d'appels sans toutefois permettre d'atteindre les délais de réponse prévus par la déclaration de services aux citoyens. Par ailleurs, un programme de coaching, de suivi et de rétroaction a été mis en œuvre pour faciliter l'insertion rapide et efficace du personnel embauché.

Outre les actions menées pour accroître l'accessibilité du centre d'appels des personnes assurées, il faut souligner la mise en service, en décembre 2001, d'un nouveau système téléphonique à l'intention de la clientèle des programmes de contribution financière des adultes hébergés et des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire. Ce service est aussi accessible aux clients du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

Enfin, la Régie révise actuellement ses communications écrites avec les personnes assurées et développera prochainement des services en ligne afin de diminuer, à long terme, l'achalandage au centre d'appels et d'améliorer globalement l'accès aux services.

Les services offerts par les collaborateurs de la Régie

Répartis sur tout le territoire du Québec, des collaborateurs compétents sont chargés de recevoir les personnes assurées et de leur offrir les services d'authentification nécessaires à l'obtention et au renouvellement de la carte d'assurance maladie. Ainsi, il est possible de se présenter dans un des nombreux CLSC du Québec pour obtenir ces services. Une personne possédant un permis de conduire valide peut également se rendre à un bureau de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou chez un mandataire de celle-ci pour renouveler en même temps son permis et sa carte.

Répartition des collaborateurs de la Régie en fonction des régions sociosanitaires du Québec			
Bas-Saint-Laurent	33	Nord-du-Québec	9
Saguenay–Lac-Saint-Jean	21	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	28
Québec	43	Chaudière-Appalaches	36
Mauricie–Centre-du-Québec	28	Laval	14
Estrie	30	Lanaudière	23
Montréal-Centre	67	Laurentides	28
Outaouais	34	Montérégie	70
Abitibi-Témiscamingue	24	Nunavik	14
Côte-Nord	42	Terres-Cries-de-la-Baie-James	10
Total			564

Il est à noter que le nombre et la répartition des collaborateurs sur le territoire sont demeurés relativement stables depuis l'année dernière.

L'indice de satisfaction de la clientèle à l'égard des services offerts par les collaborateurs tient lieu d'indicateur.

INDICATEUR	RÉSULTATS 2001-2002
Indice de satisfaction de la clientèle à l'égard :	
- des CLSC	8,8/10
- de la SAAQ	8,8/10
- des mandataires de la SAAQ	9,0/10

Commentaires

Les personnes assurées ont clairement démontré leur satisfaction à l'égard des collaborateurs de la Régie lors du dernier sondage, les résultats variant de 8,8 à 9 sur 10. Soulignons qu'un des objectifs stratégiques porte sur l'amélioration de la qualité des services offerts par ces derniers.

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La Régie s'engage à garantir l'accessibilité de ses services aux professionnels de la santé :

- en mettant à leur disposition différents moyens d'accès et d'information (accueil à ses bureaux, téléphone, télécopie, poste, Internet, expositions et salons) ;
- en leur garantissant un accès gratuit aux services de renseignements téléphoniques (lignes sans frais) ;
- en leur offrant jour et nuit, tous les jours, de l'information pertinente au moyen du système téléphonique automatisé, avec la possibilité de parler à un préposé durant les heures d'ouverture des bureaux ;
- en mettant constamment à jour, dans son site Internet, l'information les concernant (manuels de facturation, communiqués, etc.).

Utilisation des moyens d'accès	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Appels traités :			
- par le système téléphonique automatisé	6 600	5 600	5 200
- par les préposés du centre d'assistance aux professionnels	66 200	70 600	88 700
- par les préposés du centre de support aux pharmaciens	127 600	154 900	172 100
Visites aux bureaux de la Régie	890	750	760
Consultations du site Internet (estimation)[2]	96 200	146 700	205 800
Courriels reçus	1 200	1 200	1 800

1. Les résultats présentés excluent les appels reçus sur les lignes sans frais.
2. Les données de 2001-2002 et de 2002-2003 ont été modifiées à la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul en 2003-2004. Il n'est pas possible d'en faire la comparaison.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'accessibilité des services aux professionnels de la santé se rapportent aux deux points suivants :

- la satisfaction de la clientèle ;
- les services téléphoniques du centre d'assistance aux professionnels et du centre de support aux pharmaciens.

La satisfaction de la clientèle

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de la satisfaction de la clientèle quant à l'accessibilité des services sont l'indice de satisfaction ainsi que le nombre de plaintes reçues à cet égard.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indice de satisfaction de la clientèle	6,6/10	s. o.	s. o.
Nombre de plaintes reçues[1]	4	13	1

1. Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

Lors du sondage de 2001-2002, les professionnels de la santé se sont montrés assez satisfaits de l'accessibilité aux services.

Le nombre de plaintes est demeuré faible au cours des trois dernières années. D'ailleurs, une seule plainte a été déposée en 2003-2004. La légère hausse observée en 2002-2003 est explicable par une panne du système de communication liant en direct la Régie et les pharmaciens, ce qui a entraîné une augmentation substantielle du nombre d'appels au centre de support.

Les services téléphoniques

La Régie dispose de deux centres d'appels pour répondre aux besoins des professionnels de la santé : le centre d'assistance aux professionnels et le centre de support aux pharmaciens.

Quelques indicateurs sont utilisés pour rendre compte de leur accessibilité :

- le pourcentage de communications établies traduit la facilité à entrer en contact avec les centres d'appels ;
- le pourcentage de transferts d'appels réussis et le pourcentage d'abandon des appels témoignent de l'accessibilité aux préposés.

INDICATEURS	RÉSULTATS ANNUELS		
	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Centre d'assistance aux professionnels :			
- pourcentage de communications établies	n. d.	100 %	100 %
- pourcentage de transferts d'appels réussis	76 %	98 %	92 %
- pourcentage d'abandon des appels en attente	22 %	15 %	11 %
Centre de support aux pharmaciens :			
- pourcentage de communications établies	98 %	99 %	99 %
- pourcentage de transferts d'appels réussis	100 %	100 %	100 %
- pourcentage d'abandon des appels en attente	1 %	2 %	1 %

1. À la suite d'un changement relatif à la méthode de calcul, les données de 2001-2002 ne sont plus disponibles.

Commentaires

L'accessibilité aux préposés du centre d'assistance aux professionnels s'est grandement améliorée au cours des dernières années, et cela, malgré la hausse constante du nombre d'appels traités. Le pourcentage de transferts d'appels réussis est en effet passé de 76 % en 2001-2002 à 92 % en 2003-2004. De même, le taux d'abandon des appels en attente a diminué de 11 points de pourcentage durant la même période. Les mesures de redressement mises en application pour atteindre ces résultats sont présentées dans la section portant sur l'engagement relatif à la rapidité et à l'efficacité des services aux professionnels de la santé.

Cependant, il faut noter une légère diminution du pourcentage de transferts d'appels réussis au centre d'assistance aux professionnels au cours du dernier exercice. Ce résultat s'explique par l'importante augmentation, en 2003-2004, du nombre de changements apportés aux ententes de rémunération, ce qui a entraîné un plus grand nombre d'appels. Les résultats du centre d'assistance feront l'objet d'un suivi attentif durant les prochains mois.

La performance du centre de support aux pharmaciens est plus que satisfaisante malgré une hausse du volume d'appels traités.

LA RAPIDITÉ ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES ASSURÉES

Afin d'offrir des services efficaces et rapides, la Régie s'est engagée :

- à [illegible] dès la première conversation avec un membre du personnel ;
- à accueillir les visiteurs aux bureaux de Montréal et de Québec dans un délai moyen de [illegible] minutes ;
- à veiller à ce que le délai moyen du centre d'appel soit de 90 secondes ;
- à expédier la carte d'assurance maladie dans un délai n'excédant pas 30 jours ;
- à inscrire les personnes au régime public d'assurance médicaments dans un délai maximal de 24 heures (en [illegible] des jours ouvrables) ;
- à effectuer un changement d'adresse par un simple appel téléphonique ;
- à répondre à une demande d'autorisation relative aux médicaments d'exception ou au programme « patients d'exception » dans un délai maximal de 48 heures à compter de la réception de la demande.

INDICATEURS	CIBLES 2001-2004	RÉSULTATS ANNUELS 2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Accueil des visiteurs – délai moyen d'attente	15 min	11 min	22 min	14 min	20 min
Appels téléphoniques – délai moyen d'attente pour parler à un préposé	90 s	95 s	114 s	201 s	161 s
Expédition de la carte d'assurance maladie – délai moyen	< 30 j	15 j	15 j	15 j	15 j
Inscription au régime public d'assurance médicaments – délai maximal	24 h	n.d.	< 24 h	< 24 h	< 24 h
Demandes d'autorisation relatives aux médicaments d'exception ou au programme « patients d'exception » – délai moyen	2 j	2,7 j	4 j	5 j	7 j
Indice de satisfaction de la clientèle	[illegible]	s.o.	8,5/10	s.o.	s.o.
Nombre de plaintes reçues [illegible]	[illegible]	n.d.	18	22	10

[illegible]

Commentaires

L'accueil des visiteurs

En 2002-2003, des mesures ont été prises afin d'améliorer la qualité des services d'accueil au bureau de Montréal de même que le temps d'attente. Cependant, une hausse de 10 % du nombre de visiteurs en 2003-2004 a entraîné une augmentation du délai d'attente.

Les services téléphoniques

Le centre d'appels des personnes assurées a connu quelques difficultés au cours des trois dernières années. Cependant, la mise en œuvre d'un plan de redressement en 2003 a amélioré la situation. Ainsi, le délai moyen de réponse est passé de 201 secondes en 2002-2003 à 161 secondes en 2003-2004. Des renseignements plus détaillés concernant les services téléphoniques sont présentés à la section portant sur l'accessibilité des services aux personnes assurées[4].

La délivrance de la carte d'assurance maladie et l'inscription au régime public d'assurance médicaments

En 2003-2004, la Régie a délivré 2,1 millions de cartes d'assurance maladie dans un délai moyen de 15 jours. Quant à l'inscription au régime public d'assurance médicaments, elle s'est faite en moins de 24 heures, sauf en de très rares occasions.

Le traitement des demandes d'autorisation relatives aux médicaments d'exception ou au programme « patients d'exception »

La Régie s'est engagée à traiter les demandes d'autorisation concernant les médicaments d'exception ou le programme « patients d'exception » dans un délai de deux jours. Cependant, en raison d'une augmentation de 41 % des demandes depuis 2000-2001, le délai de traitement a été plus long à certaines périodes de pointe. Dix plaintes ont été déposées en 2003-2004 à cet égard comparativement à 16 en 2001-2002 et à 22 en 2002-2003.

En mai 2003, un nouveau système informatique a été implanté en vue de rendre plus efficace le processus de traitement des demandes d'autorisation. Cependant, son développement et son implantation ont mobilisé plusieurs ressources, ce qui a entraîné une diminution de la capacité de la Régie à traiter les demandes dans le délai fixé. De plus, le rodage du système n'étant pas terminé, les bénéfices attendus ne pourront se faire sentir qu'au cours du prochain exercice. Il est à noter que, dans le cas particulier des médicaments devant être fournis d'urgence, la Régie traite les demandes en moins de 24 heures dans 93 % des cas.

4. Voir p. 41

LA RAPIDITÉ ET L'EFFICACITÉ DES SERVICES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La Régie s'est engagée à offrir des services rapides et efficaces aux professionnels de la santé. Plus précisément, elle entend :

- traiter une demande dès la première conversation avec un membre du personnel ;
- accueillir les visiteurs à ses bureaux de Montréal et de Québec dans un délai moyen de 15 minutes ;
- veiller à ce que le délai moyen d'attente au centre d'assistance aux professionnels soit de 120 secondes ;
- assurer un délai moyen d'attente de 10 secondes au centre de support aux pharmaciens.

Les indicateurs utilisés pour mesurer la rapidité et l'efficacité des services aux professionnels de la santé sont les délais d'attente liés à l'accueil des visiteurs ainsi qu'aux appels téléphoniques au centre d'assistance aux professionnels et au centre de support aux pharmaciens. L'indice de satisfaction de la clientèle et le nombre de plaintes reçues ont également été retenus.

INDICATEURS	CIBLES 2001-2004	RÉSULTATS ANNUELS 2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Accueil des visiteurs – délai moyen d'attente	15 min	n. d.	< 15 min	1 min	< 1 min
Appels téléphoniques – délai moyen d'attente :					
- au centre d'assistance aux professionnels	120 s	204 s	220 s	127 s	97 s
- au centre de support aux pharmaciens	10 s	8 s	11 s	12 s	11 s
Indice de satisfaction de la clientèle :					
- pharmaciens	s. o.	s. o.	7,5/10	s. o.	s. o.
- médecins	s. o.	s. o.	6,1/10	s. o.	s. o.
- autres professionnels	s. o.	s. o.	5,4/10	s. o.	s. o.
Nombre de plaintes reçues[2]	s. o.	n. d.	2	0	2

1. Aucun mécanisme de mesure n'existait en 2000-2001. En 2001-2002, le délai moyen d'attente n'a pas pu être mesuré. Toutefois, le délai d'attente maximal n'ayant jamais dépassé 15 minutes, la Régie peut conclure qu'elle a respecté son engagement cette année-là.

2. Le suivi des plaintes est en place depuis le printemps 2001.

Commentaires

Le traitement d'une demande dès la première conversation avec un membre du personnel

La Régie met l'énergie nécessaire pour soutenir les préposés au service à la clientèle afin qu'ils puissent répondre aux besoins de cette dernière dès le premier contact. Ainsi, compte tenu de l'évolution et de la complexité sans cesse grandissante des ententes conclues entre les professionnels de la santé et le ministre de la Santé et des Services sociaux, une formation continue assure la mise à niveau des connaissances du personnel. En outre, des rajustements sont constamment apportés aux outils de travail.

L'accueil des visiteurs

En 2003-2004, 760 visiteurs se sont présentés aux bureaux de la Régie à Montréal et à Québec. Ils ont été reçus dans un délai moyen n'excédant pas une minute, ce qui s'avère largement inférieur à l'engagement pris par la Régie, soit 15 minutes.

Les appels téléphoniques

Au cours de la dernière année, le délai moyen d'attente au centre d'assistance aux professionnels était de 97 secondes ; l'engagement fixé à 120 secondes a ainsi été respecté. Il faut souligner l'importante amélioration observée depuis 2001-2002 à cet égard, le délai moyen atteignant alors 220 secondes en raison notamment du départ à la retraite de plusieurs employés. Ceux-ci ont été remplacés par la suite. D'autres mesures ont été appliquées dans le but d'améliorer la situation : réorganisation administrative, formation des employés, bonification des outils et de l'information mis à la disposition des préposés, fusion des centres d'appels de Montréal et de Québec, prolongation des heures d'accès aux services téléphoniques. Ces mesures ont permis de réaliser un gain de 56 % depuis 2001-2002.

Au centre de support aux pharmaciens, le délai d'attente était de 12 secondes en 2002-2003. Il a reculé d'une seconde en 2003-2004, se rapprochant ainsi des 10 secondes prévues. Mentionnons cependant une croissance du volume d'appels de 35 % entre 2001-2002 et 2003-2004. La Régie a notamment embauché de nouveaux préposés pour en minimiser l'effet sur le délai d'attente. Un suivi serré de la performance du centre d'appels se poursuivra durant la prochaine année financière.

La satisfaction de la clientèle

Les professionnels de la santé ont témoigné d'une satisfaction modérée à l'égard de la rapidité et de l'efficacité des services reçus. Ce sont les pharmaciens qui se sont déclarés les plus satisfaits (7,5 sur 10), puis les médecins (6,1 sur 10) et les autres professionnels (5,4 sur 10). Deux plaintes ont été reçues en 2003-2004 concernant l'efficacité et la rapidité des services.

LES RÉSULTATS
Les objectifs stratégiques

LE CONTEXTE

Au cours de l'exercice 2000-2001, la Régie s'est dotée d'un plan stratégique triennal qui constitue un important engagement envers sa clientèle. Ses choix d'intervention tiennent compte à la fois du contexte dans lequel elle se trouve et de ses capacités organisationnelles.

Un contexte en évolution

La Régie fait face à l'effet conjugué du vieillissement rapide de la population, de la progression de la science ainsi que de l'explosion des technologies médicales et des technologies de l'information. Cette tendance se fera encore davantage sentir durant les prochaines années. L'intégration des principes liés à la gestion axée sur les résultats est déterminante quant à la capacité de l'organisation à s'adapter à ce nouveau contexte.

Le potentiel de la Régie

Pour relever les défis qui l'attendent, la Régie peut cependant compter sur des employés compétents, son approche client, son savoir-faire en matière de gestion de régimes d'assurance santé et sa capacité à gérer des projets d'envergure en ayant recours à des technologies de pointe. Son actif informationnel présente un intérêt certain pour le secteur de la santé et des services sociaux. De plus, la protection des renseignements personnels figure au nombre des priorités de l'organisation.

Des orientations ciblées

La réflexion amorcée à partir de ces constatations lors du dernier exercice de planification stratégique a mené à la détermination de quatre orientations à privilégier au cours de la période allant de 2001 à 2004 :

- mettre la satisfaction de la clientèle au centre des préoccupations de la Régie ;
- favoriser les échanges d'information sécurisés et en assurer l'accès dans le respect des règles de protection des renseignements personnels ;
- valoriser la contribution de la Régie dans le secteur de la santé et des services sociaux en s'appuyant sur ses compétences distinctives et complémentaires ;
- moderniser le cadre de gestion de la Régie pour soutenir l'amélioration des services aux citoyens en capitalisant sur les possibilités offertes par les technologies de l'information et des télécommunications et en comptant sur un milieu de travail mobilisateur, ouvert aux aspirations et offrant des défis.

Dans le but de mieux centrer ses efforts et d'orienter ses actions de façon efficace, la Régie s'est fixé des objectifs et des cibles précises à atteindre. Des indicateurs de mesure permettent de constater l'atteinte de ces derniers. C'est avec l'aide de ces repères que la clientèle peut apprécier en toute connaissance de cause les résultats atteints par l'organisation.

Il faut noter que la Régie a conservé ses orientations et ses objectifs stratégiques durant toute la période 2001-2004. Seuls quelques cibles et indicateurs ont fait l'objet de changements.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

Mettre la satisfaction de la clientèle au centre des préoccupations de la RAMQ.

AXE D'INTERVENTION

Des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la clientèle.

Objectif 1.1

D'ici 2004, augmenter d'au moins 5 % le taux général de satisfaction de la clientèle.

Dans une perspective d'amélioration continue, la Régie a fait plusieurs sondages en 2001-2002 afin de connaître les attentes des personnes assurées et des professionnels de la santé ainsi que leur degré de satisfaction à l'égard des services reçus.

Au cours de l'exercice 2003-2004, la Régie a amorcé une réflexion relative à une stratégie de services à la clientèle, prévoyant notamment la réalisation de sondages. Elle ne dispose donc pas de résultats récents qui lui permettraient de rendre compte de l'objectif fixé quant à l'augmentation de la satisfaction générale de la clientèle.

INDICATEUR	RÉSULTATS 2001-2002
Indice global de satisfaction de la clientèle :	
- personnes assurées	8,5/10
- professionnels de la santé	6,7/10

COMMENTAIRES

Les résultats des sondages faits en 2001-2002 se sont révélés très positifs. Néanmoins, la Régie a tiré profit des renseignements privilégiés obtenus à cette occasion en déterminant des pistes pour mieux répondre aux attentes de la clientèle et accroître sa satisfaction. De fait, elle a mis en application des mesures destinées à améliorer les communications écrites et les services téléphoniques, autant pour les personnes assurées que pour les professionnels de la santé.

Les communications écrites

En 2002-2003, la Régie a entrepris la révision de l'ensemble de la correspondance expédiée aux personnes assurées pour en améliorer la clarté et faciliter, par le fait même, la communication avec sa clientèle. Afin de mieux répondre aux attentes de celle-ci, elle valide en général les documents modifiés auprès de groupes cibles. L'opération de révision amorcée se poursuivra dans le cadre du plan stratégique 2004-2008.

Une révision des communications écrites transmises aux professionnels de la santé a également débuté en 2002-2003 et devrait se poursuivre durant les prochaines années. Un effort particulier a porté sur les pages du site Internet qui leur sont destinées. Celles-ci leur offrent maintenant une plus grande accessibilité aux manuels de facturation et à diverses brochures. De fait, l'ajout de rubriques spécialisées a amélioré l'organisation de l'information. Les professionnels peuvent également compter sur une mise à jour rapide des renseignements figurant dans le site.

Les services téléphoniques

La Régie a éprouvé certaines difficultés à respecter les engagements énoncés dans la déclaration de services aux citoyens quant aux délais moyens d'attente au téléphone avant de parler à un préposé. Cependant, les efforts consentis pour remédier à la situation ont permis de réduire les écarts entre les délais établis et ceux qui sont observés.

Pour ce qui est du centre d'appels des personnes assurées, les efforts déployés ont porté des fruits. En effet, le délai moyen d'attente avant de parler à un préposé est passé de 201 secondes en 2002-2003 à 161 secondes en 2003-2004. Quoique notable, cette diminution n'est pas suffisante pour respecter l'engagement fixé à 90 secondes. Les différents facteurs influant sur la performance du centre d'appels et les actions accomplies pour changer en mieux la situation sont présentés dans la section concernant l'accessibilité des services aux personnes assurées[5].

Quant au centre d'assistance aux professionnels de la santé, le délai moyen d'attente avant de parler à un préposé est passé de 220 secondes en 2001-2002 à 97 secondes en 2003-2004. L'engagement qui était de 120 secondes a ainsi été respecté. La section portant sur la rapidité et l'efficacité des services aux professionnels de la santé fournit des détails sur les résultats du centre d'appels[6].

5. Voir p. 41.
6. Voir p. 49.

Objectif 1.2 **D'ici 2004, améliorer de 10 % des délais de prise en charge de services à la clientèle en relation avec la déclaration de services aux citoyens publiée en avril 2001.**

Dans la déclaration de services aux citoyens publiée en 2001, la Régie s'engageait à respecter certains principes liés à une prestation de services de qualité, notamment en ce qui avait trait à la rapidité. C'est dans cet esprit qu'elle s'est donné pour objectif d'améliorer de 10 % les délais de paiement des appareils fournis aux stomisés permanents et les délais d'attente des appels téléphoniques traités au centre d'assistance aux professionnels.

INDICATEURS	CIBLES 2004	RÉSULTATS ANNUELS 2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Paiement des appareils fournis aux stomisés permanents – délai maximal	30 j	n .d.[1]	34 j	35 j	28 j
Appels téléphoniques au centre d'assistance aux professionnels – délai moyen d'attente	108 s	204 s	220 s	127 s	97 s

1. Les données de 2000-2001 concernant les délais de paiement des appareils fournis aux stomisés permanents ne sont pas disponibles.

COMMENTAIRES

Le délai de paiement des appareils fournis aux stomisés permanents

L'amélioration du processus de traitement des demandes de paiement pour des appareils fournis aux stomisés permanents a permis à la Régie de respecter l'objectif fixé de 30 jours. Le délai maximal de paiement est effectivement passé de 34 jours en 2001-2002 à 28 jours en 2003-2004, ce qui équivaut à une amélioration de 18 %.

De plus, à l'origine, l'objectif visait uniquement les demandes complètes qui ne nécessitent pas l'obtention de renseignements supplémentaires. Cependant, dans les faits, l'ensemble des demandes reçues ont été traitées dans un délai de 28 jours.

Le délai d'attente des appels téléphoniques au centre d'assistance aux professionnels

Dans la déclaration de services aux citoyens, la Régie s'était engagée à veiller à ce que le délai moyen d'attente au centre d'assistance aux professionnels de la santé soit de 120 secondes. Par la suite, dans un souci d'amélioration continue des services à la clientèle, elle l'a réduit à 108 secondes, donc de 10 %. Rappelons qu'en 2001-2002 le délai moyen d'attente au centre d'assistance était de 220 secondes, ce qui avait incité la Régie à mettre en place des mesures de redressement. Ainsi, deux ans plus tard, avec un résultat de 97 secondes, soit une amélioration de 19 % par rapport à l'engagement de la déclaration de services aux citoyens, elle a atteint et même dépassé son objectif.

Des renseignements supplémentaires sur le centre d'assistance sont disponibles dans la section portant sur la rapidité et l'efficacité des services aux professionnels de la santé[7].

7. Voir p. 49.

Objectif 1.3 **Améliorer la qualité des services offerts par les collaborateurs de la RAMQ, sur l'ensemble du territoire, pour l'obtention de la carte d'assurance maladie.**

En tant que collaborateurs de la Régie, les CLSC ainsi que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et ses mandataires sont chargés d'offrir les services d'authentification nécessaires à l'obtention et au renouvellement de la carte d'assurance maladie, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois[8]. Dans le but de maintenir la satisfaction de sa clientèle, la Régie souhaite consolider l'appui qu'elle leur offre.

L'indicateur utilisé pour mesurer la qualité des services des collaborateurs est l'indice de satisfaction de la clientèle.

INDICATEUR	RÉSULTATS 2001-2002
Indice de satisfaction de la clientèle à l'égard :	
- des CLSC	8,8/10
- de la SAAQ	8,8/10
- des mandataires de la SAAQ	9,0/10

COMMENTAIRES

Les résultats du sondage effectué en 2001-2002 montrent la satisfaction de la clientèle à l'égard des collaborateurs de la Régie. Dans un souci d'amélioration, elle a néanmoins révisé son processus de mise à jour des adresses des CLSC et des bureaux de la SAAQ afin que les personnes assurées puissent toujours avoir accès à de l'information actualisée.

En ce qui concerne les CLSC

En 2001-2002, des tables de concertation ont été créées, réunissant des représentants de la Régie et des responsables de l'authentification des personnes assurées dans les CLSC. Un plan d'amélioration a été dressé ; il touchait principalement les moyens et l'assistance fournis par la Régie aux authentificateurs. Au cours de la dernière année, le *Guide de l'authentification* rédigé à l'intention des collaborateurs du réseau et l'*Aide-mémoire pour les authentificateurs* ont été révisés et réédités.

La Régie prévoyait effectuer une tournée régionale des CLSC en 2003-2004. Elle a toutefois dû la reporter parce qu'il est trop tôt pour apprécier les effets du plan d'amélioration complété durant l'année.

En ce qui concerne la SAAQ et ses mandataires

Une autre table de concertation, à laquelle siègent des représentants de la SAAQ et de la Régie, a été mise sur pied en 2001-2002.

Les objectifs qu'elle s'est alors fixés étaient, d'une part, de renforcer la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données concernant la clientèle et, d'autre part, de lutter contre l'usage frauduleux et la contrefaçon des pièces officielles délivrées par la SAAQ et la Régie. Pendant le dernier exercice, la Régie a poursuivi les discussions avec la SAAQ en vue d'améliorer les procédures d'authentification.

8. Pour plus de détails sur les collaborateurs de la Régie, voir l'engagement de la déclaration de services aux citoyens sur l'accessibilité des services aux personnes assurées, p. 41.

ORIENTATION STRATÉGIQUE

Favoriser les échanges d'information sécurisés et en assurer l'accès dans le respect des règles de protection des renseignements personnels.

AXE D'INTERVENTION

Le développement de services informationnels à titre de contribution au système de santé et de services sociaux.

Objectif 2.1 D'ici 2004, accroître de 15 % le taux d'utilisation de l'actif informationnel de la RAMQ.

L'actif informationnel de la Régie regroupe des renseignements sur l'organisation, la prestation et l'évolution des services de santé et des services sociaux ainsi que leurs coûts. Le développement et le partage de ces données avec divers intervenants contribuent à une meilleure gestion du réseau et à l'avancement de la recherche.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'atteinte de cet objectif stratégique sont le nombre de demandes d'information traitées, les revenus pouvant être obtenus de cette opération et le nombre de consultations dans le site Internet, section « Rapports d'études et statistiques ». L'indicateur portant sur le nombre d'études et d'analyses que publie la Régie a été abandonné en 2001-2002, car il ne témoignait pas de façon juste des efforts fournis en la matière.

INDICATEURS	CIBLES (+ 15 %) 2001-2004	RÉSULTATS ANNUELS 2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	POURCENTAGES D'AUGMENTATION 2001-2004
Nombre de demandes d'information traitées	870[1]	760	730	810	1 030	36 %
Revenus	375 700 $	326 700 $	368 100 $	561 700 $	539 100 $	65 %
Nombre de consultations dans le site Internet, section « Rapports d'études et statistiques » (estimation)	18 600[2]	n. d.[3]	16 200[3]	33 700[3]	27 000	67 %[4]

1. Les cibles sont calculées à partir des résultats au 31 mars 2001.
2. La cible est calculée à partir du résultat au 31 mars 2002.
3. À la suite de l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul, le résultat de l'exercice 2000-2001 n'est plus disponible. Les données de 2001-2002 et de 2002-2003 ont été, pour leur part, ajustées.
4. Le pourcentage d'augmentation est calculé à partir du résultat au 31 mars 2002.

Commentaires

L'objectif visant l'augmentation de 15 % du taux d'utilisation de l'actif informationnel de la Régie est atteint.

Le nombre de demandes d'information traitées et les revenus que tire la Régie de cette opération dépassent très largement la cible fixée. À preuve, les taux respectifs d'augmentation sont effectivement de 36 % et 65 %. La hausse importante des revenus s'explique par la complexité toujours croissante des demandes.

De plus, le nombre de consultations dans le site Internet de la Régie, section « Rapports d'études et statistiques », est en pleine croissance, la hausse totale atteignant 67 % entre 2001-2002 et 2003-2004.

Il importe de mentionner qu'en vertu des règles de protection des renseignements personnels en vigueur les informations diffusées sur Internet ou transmises en réponse à une demande particulière sont anonymes. La Régie peut cependant communiquer des données nominalisées dans la mesure où une demande est conforme à la loi et qu'elle comporte les autorisations exigées.

Il va sans dire que les technologies de l'information offrent un potentiel intéressant. En effet, en 2002-2003, la Régie a réalisé un projet pilote désigné sous le nom de « Comptoirs de données » pour permettre à la clientèle du réseau de la santé et des services sociaux d'interroger, par l'intermédiaire d'Internet, l'actif informationnel de la Régie de façon autonome et sécurisée. Ce projet a été réalisé avec la collaboration de quelques établissements et agences de développement, du Conseil du médicament et du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'offre permanente d'accès à ce comptoir de données est cependant conditionnelle à l'obtention des ressources humaines et financières requises.

Valoriser la contribution de la RAMQ dans le secteur de la santé et des services sociaux en s'appuyant sur ses compétences distinctives et complémentaires.

Un partenariat renforcé au sein du secteur de la santé et des services sociaux.

Objectif 3.1 **D'ici 2004, rendre disponible à au moins 80 % de la population québécoise, sur l'ensemble du territoire, la carte d'assurance santé à microprocesseur en remplacement de la carte d'assurance maladie actuelle.**

Résultats et commentaires

Le projet Carte santé Québec visait à remplacer la carte d'assurance maladie par une carte santé à microprocesseur de façon à mettre à la disposition des professionnels de la santé et des usagers un ensemble de rubriques d'information clinique grâce à des dispositifs sécuritaires de consentement et d'authentification. Ce partage d'information devait favoriser une prise en charge clinique et médicale optimale sur l'ensemble du territoire québécois.

Un avant-projet de loi a été déposé à l'Assemblée nationale le 19 décembre 2001, puis soumis à une consultation publique dans le cadre de la Commission parlementaire des affaires sociales du 19 février au 9 avril 2002.

À la suite de cette commission parlementaire, le rapport d'analyse des coûts et bénéfices de la carte santé à microprocesseur a été déposé en avril 2003. Menée par une firme comptable reconnue, cette étude établissait, sur une période de 10 ans, une projection des coûts et des investissements nécessaires au déploiement de cette carte et quantifiait les avantages administratifs et cliniques ainsi que les gains de productivité escomptés, tant pour les établissements publics que pour les cliniques médicales privées et les pharmacies communautaires. De plus, elle mettait en lumière les effets structurants du projet sur l'informatisation et l'évolution du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

C'est dans le cadre du vaste chantier de l'informatisation du réseau qui a cours que la Régie, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les nombreux intervenants visés tirent parti des travaux sur la carte santé à microprocesseur menés durant les dernières années.

Objectif 3.2 **Positionner la RAMQ comme partenaire principal dans la mise en place des nouvelles technologies de l'information propres à contribuer à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux.**

La Régie détient une expertise reconnue en ce qui a trait au développement et à l'utilisation sécurisée des technologies de l'information ainsi qu'à la gestion de l'information et de projets d'envergure. Ses compétences pouvant contribuer grandement à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux, elle s'est fixé comme objectif d'accroître sa collaboration avec diverses organisations du domaine de la santé.

L'indicateur utilisé pour rendre compte de cet objectif stratégique est le nombre d'ententes de partenariat conclues.

INDICATEUR	CIBLE 2004	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Nombre d'ententes de partenariat conclues	3	0	4	2

COMMENTAIRES

La Régie a largement atteint son objectif. En effet, six ententes ont été conclues durant la période 2001-2004, alors que la cible retenue était de trois. Le partage sécurisé de renseignements et la gestion de banques de données communes ont fait notamment l'objet de ces ententes, la Régie étant, à cet égard, un partenaire de premier plan.

L'exercice financier 2002-2003

En 2002-2003, la Régie a d'abord conclu trois ententes distinctes avec le Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert, l'Hôpital Laval et le Centre hospitalier de Saint-Eustache, dans le cadre d'un projet pilote axé sur la mise à jour de l'identité des patients inscrits ou admis dans un établissement. Ces ententes peuvent contribuer à améliorer la qualité des informations échangées entre les partenaires. Cependant, pour permettre aux établissements de transmettre les données requises à la Régie, des modifications législatives sont nécessaires. Cette dernière travaille de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux sur ce point. Par conséquent, les ententes sont en suspens.

La Régie a ensuite signé une quatrième entente qui la lie au projet de recherche Pratique médicale de l'avenir (MOXXI). Ce projet consiste à évaluer un nouveau système intégré d'information clinique visant à relier les médecins et les pharmaciens. Ce dernier comprend un système de gestion des médicaments et de certaines maladies ainsi qu'un logiciel d'ordonnances électroniques. Plusieurs partenaires sont ainsi mis à contribution, dont diverses organisations professionnelles et des établissements d'enseignement et de recherche. L'apport de la Régie consiste à rendre disponibles les données nécessaires à l'identification de la clientèle, à l'intervention des professionnels auprès des usagers et à l'évaluation du projet.

L'exercice financier 2003-2004

En 2003-2004, deux autres ententes ont été conclues. La première a officialisé la participation de la Régie au projet Infostructure de recherche intégrée en santé du Québec (IRIS-Québec) en vue de faciliter la circulation et le traitement de l'information à des fins de recherche. Ce projet permettra plus particulièrement de croiser des données cliniques provenant de centres hospitaliers universitaires, des données médico-administratives recueillies par la Régie ainsi que celles que lui confie le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Quant à la deuxième entente, la Régie l'a conclue avec le Conseil du médicament, donnant accès à ce dernier aux informations nécessaires à la réalisation de sa mission.

Objectif 3.3 **D'ici 2004, conclure au moins 3 ententes de partenariat contribuant à soutenir les efforts d'amélioration des services offerts à la population.**

INDICATEUR	CIBLE 2001-2004	RÉSULTATS ANNUELS 2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Nombre d'ententes de partenariat conclues	3	0	2	1	0

COMMENTAIRES

En 2002-2003, la Régie a atteint l'objectif de conclure d'ici mars 2004 trois ententes de partenariat en vue d'améliorer les services offerts à la population.

En 2001-2002, une première entente a été signée avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé pour faire des études visant à améliorer les services aux personnes handicapées.

Une deuxième entente a été conclue avec l'Université Laval et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec en vue d'élaborer un cadre de référence pour l'évaluation d'un projet pilote portant sur le recyclage des aides à la locomotion. Un rapport a été déposé en septembre 2003. Par la suite, la Régie a sollicité la collaboration de l'Université Laval pour mettre au point un instrument servant à mieux repérer les appareils susceptibles d'être recyclés.

C'est en 2002-2003 qu'une troisième entente a été signée, cette fois avec une entreprise privée. Cette entente porte sur la transformation d'écrans d'ordinateurs périmés appartenant à la Régie en appareils de grossissement de caractères (télévisionneuses) qui facilitent la lecture aux personnes qui ont une déficience visuelle.

Moderniser le cadre de gestion de la RAMQ pour soutenir l'amélioration des services aux citoyens.

Une capitalisation sur les possibilités offertes par les technologies de l'information et des télécommunications.

Objectif 4.1 Donner la priorité à la modernisation des systèmes et des infrastructures les plus critiques.

Disposant d'un environnement technologique de grande envergure, complexe et diversifié, la Régie se doit de suivre l'évolution dans ce domaine afin de maintenir la haute qualité des systèmes informatiques qu'elle exploite et de satisfaire aux besoins de la clientèle.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'objectif stratégique sont les efforts en équivalent temps complet (ETC)[9] que déploie la Régie en ce qui concerne la modernisation des systèmes les plus critiques et le nombre d'infrastructures technologiques modernisées.

Les cibles annuelles ont été révisées en fonction de la planification des travaux de modernisation pour l'exercice 2003-2004.

INDICATEURS	CIBLES 2003-2004	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Efforts en ETC consentis pour la modernisation des systèmes les plus critiques	53	n. d.[1]	52	45
Nombre d'infrastructures technologiques modernisées	5	3	7	7

1. Pour l'année 2001-2002, la Régie ne dispose pas de données relatives aux efforts consentis pour moderniser les systèmes les plus critiques.

COMMENTAIRES

La Régie a d'abord vérifié l'état des systèmes et des infrastructures technologiques qu'elle possède. Puis, pour établir les priorités en fonction des besoins, elle s'est dotée d'un plan annuel d'investissements en technologies de l'information. Ce plan est révisé trimestriellement par la haute direction.

La modernisation des systèmes

De 2001-2002 à 2003-2004, la Régie a procédé à la modernisation de certains de ses systèmes. Ainsi, 52 et 45 ETC ont été respectivement attribués à cette tâche au cours des deux dernières années. Même si la cible prévue de 53 ETC n'a pas été atteinte en 2003-2004, les échéanciers ont été respectés.

L'opération de modernisation des systèmes contribue à améliorer la gestion du régime public d'assurance médicaments et du programme d'assurance hospitalisation interprovinciale[10]. En effet, la Régie a implanté un nouveau système informatique pour augmenter l'efficacité du traitement des demandes d'autorisation liées aux médicaments d'exception et au programme « patients d'exception ». En outre, en vue de gérer plus efficacement les données, le système qui soutient la liste de médicaments a fait l'objet d'une refonte.

En ce qui concerne la modernisation du système de gestion du programme d'assurance hospitalisation interprovinciale, la Régie prévoit utiliser Internet pour faciliter la facturation

9. Un ETC est calculé sur la base de 200 jours ouvrables par année.

10. Depuis 1976, la Régie administre les services de santé requis hors du Québec, en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation.

et l'échange d'information, ce qui assurera davantage l'intégrité des données et l'application du programme selon les normes en vigueur. Ces travaux permettront également de mieux traiter les demandes de paiement, réduisant ainsi les frais d'administration. La fin de la refonte est prévue en novembre 2004.

Pour sa part, la réflexion sur la révision des systèmes soutenant la rémunération des professionnels de la santé s'est poursuivie en 2003-2004. En dépit du nombre important de changements apportés aux ententes, la Régie doit continuer d'assurer des services de qualité.

La modernisation des infrastructures technologiques

La qualité des services offerts par la Régie, voire leur pérennité, repose sur une gestion avisée des infrastructures technologiques. Par conséquent, la Régie investit de façon constante pour entretenir ces infrastructures et les adapter aux besoins qui surgissent. Elle doit composer avec la réalité de leur vieillissement et les nouvelles solutions qu'offre le marché, et ce, pour maintenir la qualité des services et une collaboration efficace avec ses nombreux partenaires.

En **2001-2002**, la Régie a procédé à des travaux de modernisation qui ont eu un effet sur :

- les réseaux informatiques des bureaux de Québec et de Montréal ;
- le système de communication interactive avec les pharmacies ;
- les systèmes téléphoniques à réponse vocale.

Puis, en **2002-2003**, la Régie a renouvelé sept infrastructures qui soutiennent :

- le système de communication interactive avec les pharmacies ;
- la révision des demandes de paiement des professionnels de la santé ;
- l'impression des avis de renouvellement de la carte ;
- la gestion et l'exploitation des bases de données de la Régie ;
- les outils informatiques offerts aux préposés des centres d'appels.

La Régie a enfin dépassé la cible qu'elle devait atteindre en **2003-2004** en modernisant sept autres infrastructures au lieu de cinq. Cette nouvelle opération a touché notamment :

- la capacité d'entreposage des données nécessaires à la réalisation des activités de la Régie et utiles aux intervenants du réseau [11] ;
- la gestion des envois postaux liés aux cartes d'assurance maladie ;
- la transmission des photos des personnes assurées de la Société de l'assurance automobile du Québec à la Régie ;
- la numérisation des signatures, des photos et d'autres documents provenant des personnes assurées ;
- les moyens de télécommunication utilisés pour transmettre des renseignements liés aux paiements des professionnels de la santé ;
- les prises de copies des données de la Régie.

11. À ce sujet, trois infrastructures ont été modifiées.
12. Deux infrastructures sont visées.

Objectif 4.2 **Accentuer la mise en place des services en ligne adaptés aux besoins de la clientèle ; en particulier, d'ici 2002, réaliser les premiers services en ligne dans d'autres secteurs d'activité de la RAMQ.**

Par la mise en place de services en ligne, la Régie vise essentiellement à réduire les délais de traitement, à alléger les formalités administratives, à prévenir les erreurs de saisie et, par le fait même, à satisfaire plus efficacement les besoins de sa clientèle.

L'expression « services en ligne » désigne les services permettant les échanges électroniques avec la clientèle et pouvant remplacer la transmission de documents papier.

L'indicateur utilisé pour rendre compte de l'atteinte de cet objectif stratégique est le nombre de nouveaux services mis en ligne.

INDICATEUR	CIBLE 2001-2004	RÉSULTATS ANNUELS 2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Nombre de nouveaux services mis en ligne[1]	3	5	3	3	6

1. Les projets pilotes ou à l'essai ne sont pas comptabilisés.

COMMENTAIRES

Il appert que la Régie a amplement dépassé sa cible, puisque, depuis 2001-2002, douze nouveaux services ont été mis en ligne au lieu des trois qu'elle avait prévus.

Depuis 2001-2002 :

- le fichier de la liste de médicaments est accessible en ligne aux agences qui mettent au point les logiciels de facturation destinés aux pharmaciens ;
- des échanges d'information électroniques avec le Collège des médecins facilitent la mise à jour de la liste des professionnels de la santé qui sont autorisés à exercer ;
- les demandes de remboursement relatives à des services rendus hors du Québec, plus particulièrement au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, sont transmises par voie électronique.

Durant l'année **2002-2003**, la Régie n'a pas ménagé ses efforts pour offrir différents services en ligne aux établissements, aux agences de développement et aux professionnels de la santé, à partir d'un extranet sécurisé accessible à l'aide d'un mot de passe. En accédant au site :

- les établissements et les agences de développement peuvent transmettre ou renouveler les avis de service précisant le statut des professionnels de la santé avec qui ils sont liés par contrat ;
- les professionnels de la santé peuvent trouver les communiqués diffusés à leur intention et effectuer au besoin leur changement d'adresse civique ou électronique ;
- les professionnels de la santé ont la possibilité de remplir et de transmettre des formulaires concernant la prise en charge de personnes vulnérables et l'inscription de patients à un groupe de médecine de famille. Dans ce dernier cas, l'extranet se révèle le seul canal de transmission possible.

Au cours de l'année **2003-2004**, la gamme de services en ligne offerts par la Régie sur l'extranet a été élargie. De la sorte :

- les professionnels de la santé de même que les agences les soutenant dans leur démarche de facturation peuvent transmettre par l'extranet les fichiers contenant l'ensemble de leurs demandes de paiement. Il leur est également possible de consulter en ligne l'état de leurs transmissions et de recevoir des états de compte leur indiquant si les paiements ont été autorisés ou non, selon les ententes en vigueur ;
- les médecins payés à salaire ou à honoraires fixes peuvent facturer leurs services grâce à un formulaire en ligne. Les demandes de paiement sont traitées ultérieurement en fonction des ententes négociées ;
- les professionnels de la santé peuvent recevoir par courrier électronique un avis de dépôt les informant des versements qui seront effectués dans leur compte bancaire relativement à leur rémunération ;
- les médecins spécialistes peuvent, depuis octobre 2003, envoyer par voie électronique un formulaire de déclaration confirmant qu'ils pratiquent dans un territoire leur donnant droit à une majoration de rémunération ;
- les intervenants qui fournissent des aides techniques à des personnes atteintes d'une déficience physique, visuelle ou auditive peuvent consulter en direct l'information relative à ces équipements dans le but d'offrir un service adéquat et adapté aux besoins ;
- la Régie est maintenant en mesure de partager des données de façon sécurisée avec l'Association canadienne de protection médicale en vue de valider l'admissibilité des médecins au paiement partiel de leur assurance responsabilité professionnelle.

Moderniser le cadre de gestion de la RAMQ pour soutenir l'amélioration des services aux citoyens.

Un milieu de travail mobilisateur, ouvert aux aspirations et offrant des défis.

Objectif 5.1 D'ici 2004, avoir mis en place un plan de reconnaissance pour favoriser l'excellence et la performance.

La Régie estime qu'un milieu de travail stimulant contribue à mobiliser les employés, ce qui a un effet positif sur la qualité des services offerts aux citoyens. La reconnaissance de la contribution du personnel est à cet égard un levier d'action important.

Les indicateurs utilisés pour mesurer l'atteinte de l'objectif stratégique sont l'indice de satisfaction du personnel quant à la reconnaissance, le degré d'élaboration du plan d'action en matière de reconnaissance ainsi que le degré de mise en œuvre de ce plan.

INDICATEURS	CIBLE 2004	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indice de satisfaction du personnel	s. o.	4,2/10	s. o.	s. o.
Degré d'élaboration du plan d'action	s. o.	25 %	100 %	s. o.
Degré de mise en œuvre du plan d'action	100 %	s. o.	s. o.	100 %

Commentaires

Dans le cadre d'un sondage mené auprès des employés en novembre 2001, ces derniers ont eu l'occasion de faire connaître leur perception quant à la pratique de la reconnaissance à la Régie. À l'aide des résultats obtenus, la Régie a élaboré au cours de l'année 2002-2003 un plan d'action en matière de reconnaissance. Celui-ci vise non seulement à souligner l'excellence et la performance, mais aussi à reconnaître davantage la personne à travers son expertise, ses compétences, ses efforts et sa contribution aux activités de l'organisation.

Pour mieux répondre aux attentes du personnel en matière de reconnaissance, la Régie a reporté l'atteinte de l'objectif stratégique jusqu'en 2003-2004. Durant la dernière année, plusieurs actions ont été faites dans le cadre du plan d'action, notamment l'attribution d'un budget réservé à des activités de reconnaissance et la tenue d'une fête pour les employés.

Il est important de préciser qu'au fil des ans la Régie avait déjà instauré plusieurs mesures en vue de reconnaître la personne ainsi que sa contribution au sein de l'organisation, tels l'accueil personnalisé des nouveaux employés, un service d'infirmerie, une salle de conditionnement physique, des fêtes de fin de projets et la célébration des 25 années de service des employés.

Objectif 5.2 **D'ici 2003, allouer au moins 3 % de la masse salariale au développement des ressources humaines.**

La qualité des services rendus à la population et aux professionnels de la santé repose largement sur l'engagement et l'expertise du personnel. Or, au cours des prochaines années, un nombre important d'employés de la Régie prendront leur retraite. La préparation de la relève et le développement des personnes se révèlent donc des enjeux de taille, particulièrement dans un contexte où la demande de services est grandissante.

Ainsi, pour aider le personnel à faire face aux défis qui se présentent, la Régie s'est donné comme objectif d'investir en formation au moins 3 % de la masse salariale, bien que la loi lui prescrive 1 %.

Les indicateurs utilisés pour rendre compte de cet objectif stratégique sont l'indice de satisfaction du personnel relativement au développement des ressources humaines ainsi que le pourcentage de la masse salariale attribué au développement.

INDICATEURS	CIBLE 2003	RÉSULTATS ANNUELS *2000	2001	2002	2003
Indice de satisfaction du personnel	s. o.	s. o.	5,7/10	s. o.	s. o.
Pourcentage de la masse salariale attribué au développement[1]	3 %	3,5 %	3,5 %	2,8 %	4,1 %

1. Calculé sur la base de l'année civile.

COMMENTAIRES

Le budget alloué à la formation a été augmenté en 2003, ce qui a contribué au développement des compétences et de la polyvalence des employés. L'objectif fixé a été largement dépassé, puisque les investissements correspondaient à 4,1 % de la masse salariale en 2003.

Mentionnons également qu'un programme de relève de gestion visant à pourvoir des postes d'encadrement pour la période 2004-2008 entrera en vigueur dès le début de la prochaine année financière. Les objectifs poursuivis sont d'abord le développement du potentiel de gestion chez le personnel ayant un intérêt à cet égard, puis le développement d'habiletés particulières pour les gestionnaires en place intéressés à occuper des postes de niveaux plus élevés. Au terme de ce programme, les participants ayant satisfait aux exigences pourront être nommés à un poste d'encadrement.

Enfin, depuis 2001, la Régie a mis en œuvre un programme de prévention de la violence dans les rapports avec la clientèle pour aider le personnel de première ligne à mieux gérer les cas difficiles et à réagir de façon efficace dans les situations tendues.

Objectif 5.3 **Dès 2001, donner la priorité au développement et à l'amélioration des mécanismes favorisant la consultation, l'information ainsi que la participation du personnel aux affaires de la RAMQ.**

La Régie a tout intérêt à favoriser la participation des employés en les informant et en les consultant sur les dossiers qu'elle traite. Soutenues par des mécanismes appropriés, ces pratiques facilitent la mobilisation du personnel.

Les indicateurs permettant de mesurer l'atteinte de cet objectif stratégique sont l'indice de satisfaction du personnel sur les aspects liés à l'information, à la consultation et à la participation aux affaires de la Régie ainsi que le degré d'élaboration et de mise en œuvre d'un plan d'action sur les communications internes.

La Régie a également choisi de tenir compte d'un autre indicateur, soit le nombre de rencontres du comité ministériel d'organisation du travail (CMOT). Ce dernier est considéré comme un important mécanisme de consultation et de participation du personnel aux affaires de la Régie.

INDICATEURS	CIBLE 2004	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Indice de satisfaction du personnel	s. o.	5,8/10	s. o.	s. o.
Degré d'élaboration d'un plan d'action sur les communications internes	s. o.	25 %	100 %	s. o.
Degré de mise en œuvre du plan d'action sur les communications internes	100 %	s. o.	s. o.	94 %
Nombre de rencontres du comité ministériel d'organisation du travail	s. o.	3	5	6

COMMENTAIRES

Les communications internes

À la suite d'un sondage mené auprès du personnel en 2001, un plan d'action concernant les communications internes a été déposé et mis en place durant le dernier exercice financier. Ce plan d'action proposait notamment la création d'un journal interne. Ainsi est né l'*Écho de la Régie*, un document destiné à l'ensemble du personnel et publié dans le site intranet de la Régie tous les deux mois.

Des plans de communication ont également été préparés et mis en œuvre en vue d'informer les employés sur des sujets d'intérêt, comme l'élaboration du nouveau plan stratégique de la Régie.

Aussi, des nouvelles « à la une » paraissent plus souvent dans le site intranet, ce qui contribue à mieux renseigner le personnel sur les dossiers de l'organisation. Bien que des efforts aient déjà été faits dans ce domaine, la Régie réaffirme ainsi l'importance qu'elle accorde à ce type d'information et favorise en même temps le développement d'une approche intégrée des communications internes.

La Régie a également continué de faire évoluer son site intranet. En effet, l'adoption du programme d'identification visuelle du gouvernement du Québec a été l'occasion, en 2002-2003, de revoir la page d'accueil de ce site pour faciliter l'accès aux renseignements qu'il contient. Cette année, dans un souci de transparence, la Régie a rendu disponible sur intranet les comptes rendus des réunions de la haute direction ainsi que les suivis des engagements de la déclaration de services aux citoyens. Enfin, de nouveaux sites ont été créés. À titre d'exemple, celui qui traite des ressources humaines fournit notamment de l'information sur les conditions de travail des employés et sur les services mis à leur disposition.

Par ailleurs, au début du prochain exercice financier, la Régie complétera la mise en place de son plan d'action en faisant la révision de sa politique sur les communications internes et les procédures administratives qui s'y rattachent.

La consultation et la participation du personnel aux affaires de la Régie

Au printemps 2003, la Régie a amorcé l'élaboration de son nouveau plan stratégique. Des mécanismes de consultation ont permis aux gestionnaires et aux employés d'y contribuer et de faire connaître leurs préoccupations, leurs priorités et leurs visions de l'avenir.

Par ailleurs, un nouveau souffle anime le comité ministériel d'organisation du travail. Les membres se sont effectivement réunis six fois en 2003-2004, alors qu'ils ne l'avaient fait qu'à trois reprises en 2001-2002. Durant le dernier exercice, entre autres sujets, ce sont la conciliation travail-famille ainsi que la gestion et le développement de la carrière qui ont retenu leur attention.

Enfin, un comité des jeunes a été formé en mars 2004. Il s'agit d'un lieu privilégié de discussion entre eux ainsi que de dialogue avec les autorités de la Régie.

Les ressources de la Régie

Les ressources humaines

Les ressources informationnelles

LES RESSOURCES HUMAINES

LE PERSONNEL DE LA RÉGIE

La Régie compte sur 1 677 employés pour fournir des services à la population. 355 sont embauchés sur une base occasionnelle. Précisons que près de 91 % de l'effectif total de la Régie travaille à Québec.

La répartition du personnel par direction générale au 31 mars 2004		
Direction générale (Président-directeur général, Direction de la planification stratégique et de la vérification interne, Commissaire aux plaintes des personnes assurées)	22	
Direction générale des affaires institutionnelles	57	
Direction générale de l'administration et de la gestion de l'information	273	
Direction générale des services aux personnes assurées	600	
Direction générale de la rémunération des professionnels	376	
Direction générale des systèmes et des technologies de l'information	349	
		2002-2003
Total	1 677	1 554

LES PROGRAMMES D'ACCÈS À L'ÉGALITÉ ET LES PLANS D'EMBAUCHE

Le gouvernement du Québec s'est donné pour but de promouvoir l'intégration de personnes issues de divers groupes afin que la diversité de la société québécoise se reflète au sein de la fonction publique. Pour y parvenir, il a mis en œuvre des programmes d'accès à l'égalité visant les femmes, les membres de communautés culturelles, les anglophones et les autochtones, ainsi qu'un plan d'embauche pour les personnes handicapées.

Le taux de représentativité des femmes parmi le personnel professionnel et d'encadrement au sein de l'effectif régulier

INDICATEURS	CIBLES[1]	RÉSULTATS ANNUELS 2001-2002	2002-2003	2003-2004
Pourcentage de femmes parmi le personnel professionnel	30 %	47 %	46 %	47 %
Pourcentage de femmes parmi le personnel d'encadrement	20 %	34 %	38 %	38 %

1. Cibles gouvernementales

Au 31 mars 2004, les femmes représentaient 47 % du personnel professionnel comparativement à 45 % pour l'ensemble de la fonction publique. Le pourcentage de femmes occupant des postes d'encadrement se situe quant à lui à 38 %. Ce résultat est plus élevé que la moyenne gouvernementale de 30 %. Ainsi, la Régie dépasse largement les cibles gouvernementales depuis plusieurs années.

L'embauche des membres de communautés culturelles, autochtones et anglophones

INDICATEURS	CIBLE[1]	RÉSULTATS ANNUELS					
		2001-2002	2002-2003	2003-2004			
				Total	Réguliers	Occasionnels	Étudiants / stagiaires
Embauche totale		445	270	323	66	192	65
Personnes embauchées parmi les membres de communautés culturelles, les autochtones et les anglophones :							
Pourcentage	25 %	10 %	8 %	13 %	8 %	8 %	34 %
Nombre	s. o.	43	21	42	5	15	22

1. Cible gouvernementale.

La Régie a poursuivi ses efforts afin d'accroître la présence des membres de communautés culturelles, des anglophones et des autochtones parmi son personnel. Au cours de l'année, elle a embauché 42 personnes parmi ces groupes cibles, soit 13 % du nombre total de personnes recrutées. La proportion d'embauche a donc augmenté par rapport aux années précédentes. Les membres de ces groupes représentent maintenant 4 % de l'effectif régulier de la Régie.

Le taux de représentativité des personnes handicapées au sein de l'effectif régulier

INDICATEUR	CIBLE[1]	RÉSULTATS ANNUELS		
		2001-2002	2002-2003	2003-2004
Pourcentage de personnes handicapées	2 %	1,5 %	1,4 %[2]	1,4 %

1. Cible gouvernementale.
2. La méthode de calcul a été révisée.

La représentation des personnes handicapées parmi le personnel régulier s'est maintenue à 1,4 %, comme en 2002-2003. Cependant, au cours de la dernière année, la Régie a embauché deux finissants du programme de développement de l'employabilité à l'intention des personnes handicapées. Elle entend poursuivre ses efforts afin d'atteindre l'objectif gouvernemental de 2 %.

LA RELÈVE

Les jeunes

Soucieuse d'investir dans l'avenir, la Régie a favorisé au cours de l'année le recrutement de jeunes dans ses équipes de travail. Ainsi, parmi les personnes embauchées en 2003-2004, 64 % avaient 35 ans et moins comparativement à 61 % en 2002-2003.

Afin de favoriser l'intégration et le développement professionnel des nouvelles recrues, la Régie a mis en place un programme de mentorat. De plus, un comité des jeunes a été créé. Il s'agit d'un lieu privilégié d'échanges d'idées entre les jeunes ainsi que de dialogue avec les autorités de la Régie. La première rencontre a eu lieu au début du mois de mars.

La relève en gestion

Une analyse du profil d'âge de l'effectif et des probabilités de départs à la retraite jusqu'en 2010 a révélé que près de 70 % des gestionnaires étaient susceptibles de partir au cours de cette période. La Régie a donc entrepris des travaux afin d'assurer une planification de la relève. Un programme de relève de gestion en vue de combler des emplois d'encadrement pour la période 2004-2008 entrera en vigueur dès le début de la prochaine année financière.

LA SANTÉ DES PERSONNES

La Régie démontre de l'intérêt pour la santé physique et psychologique des employés ainsi que pour la sécurité au travail. Une équipe multidisciplinaire, composée d'un psychologue, d'une infirmière, d'un conseiller en ergonomie et en hygiène au travail, d'une conseillère en santé et sécurité et d'un médecin à temps partiel, dispense plusieurs services à cet égard. Le personnel bénéficie également d'un service de prélèvements sanguins. De plus, de nombreuses activités de prévention se sont déroulées au cours de la dernière année (vaccination contre la grippe, midi-conférence, etc.).

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Les budgets alloués aux technologies de l'information s'élevaient à 39,4 millions de dollars en 2002-2003 et à 37,4 millions en 2003-2004.

Le budget alloué aux technologies de l'information	2002-2003[1] (EN M $)	2003-2004 (EN M $)
Continuité des opérations	21,0	23,2
Évolution du portefeuille d'applications	1,9	2,1
Acquisition d'équipements et télécommunications	10,9	8,1
Réalisation de projets	5,6	4,0
Total	**39,4**	**37,4**

1. Les données de 2002-2003 ont été modifiées à la suite de l'ajout d'éléments nouveaux dans le budget 2003-2004.

Le budget des ressources affectées aux technologies de l'information représente près de 25 % du budget des frais d'administration et des projets d'investissements de la Régie. Sont toutefois exclus de ce pourcentage les projets spéciaux réalisés en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux et d'autres partenaires.

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS EN 2003-2004

Les technologies de l'information, devenues très présentes dans les activités de la Régie, soutiennent la prestation de services à la clientèle de l'organisation.

Les orientations retenues au regard de la planification stratégique font grandement appel à ces technologies, notamment en ce qui a trait aux objectifs suivants :

- positionner la Régie comme partenaire principal dans la mise en place de nouvelles technologies de l'information propres à contribuer à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux ;
- donner la priorité à la modernisation des systèmes et des infrastructures les plus critiques ;
- accentuer la mise en place de services en ligne adaptés aux besoins de la clientèle.

Afin de gérer efficacement les technologies de l'information, la Régie s'est dotée d'un plan annuel d'investissements. Ce plan permet de déterminer les actions à privilégier concernant le maintien des services, l'évolution du portefeuille d'applications, la modernisation des systèmes et des infrastructures technologiques et les projets de développement.

Le maintien des services

La Régie assure la maintenance de ses 2 300 ordinateurs et offre le soutien informatique nécessaire à l'ensemble du personnel. Ainsi, en 2003-2004, des employés spécialisés ont donné suite à plus de 20 000 demandes d'assistance et de dépannage.

L'évolution du portefeuille d'applications

La Régie assure la maintenance de plus de 150 applications informatiques. Celles-ci doivent être continuellement mises à jour pour tenir compte des modifications législatives ainsi que pour améliorer leur performance et, conséquemment, la prestation de services à la clientèle de la Régie.

La modernisation des systèmes

En 2003-2004, la Régie a implanté des nouveaux systèmes en vue notamment d'améliorer l'efficacité du traitement des demandes d'autorisation liées aux médicaments d'exception et au programme « patients d'exception », de supporter la liste de médicaments et de gérer les dossiers de la Direction générale des affaires institutionnelles. De plus, elle a poursuivi ses travaux touchant la refonte du système qui soutient le programme d'assurance hospitalisation interprovinciale.

La modernisation des infrastructures technologiques

En 2003-2004, plusieurs travaux ont été exécutés en vue de moderniser les infrastructures technologiques, dont l'environnement informationnel de la Régie où sont conservées les données sur les établissements, les services médicaux, les médicaments, les personnes assurées et les dispensateurs de services. Ces travaux ont permis de prolonger la durée de conservation des données de cinq à dix ans. Soulignons également la migration de plus de 40 % des postes de travail vers Windows XP.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux entraînant la modernisation du réseau d'échanges avec les pharmacies, des négociations avec le fournisseur de services ont permis de réduire les coûts d'administration du régime d'assurance médicaments de 2,5 millions de dollars annuellement.

Les projets de développement

La Régie offre maintenant de nouveaux services en ligne aux professionnels de la santé tels que la transmission des demandes de paiement et l'envoi d'avis de dépôt qui les informent régulièrement de la rémunération versée dans leur compte bancaire.

La Régie a aussi contribué aux travaux du réseau de la santé et des services sociaux. D'une part, elle a participé de façon significative aux travaux pilotés par le ministère de la Santé et des Services sociaux visant l'élaboration du plan d'informatisation du réseau.

D'autre part, le Ministère a confié à la Régie la responsabilité d'effectuer la refonte du système central qui assure l'alimentation et la mise à jour du fichier des tumeurs du Québec. Cette banque de données, qui est une source d'information pour le registre canadien sur les cas de cancer constitué par Statistique Canada, est largement utilisée par des chercheurs, notamment dans le cadre d'études comparatives à l'échelle internationale. Les travaux de développement se sont terminés à la fin de l'année. Toutefois, les travaux d'amélioration de la qualité des données se poursuivront au début de 2004-2005. Mentionnons que la gestion de cette banque a également été confiée à la Régie.

En outre, le Ministère a demandé à la Régie de mettre en place des banques communes de données alimentées de renseignements provenant d'établissements qui utilisent le système d'information sur la clientèle en centre hospitalier et en établissement de soins de longue durée (SICHELD) et le système de gestion de l'accès aux services (SGAS).

Enfin, la Régie entretient un lien de partenariat avec les organismes centraux, notamment en collaborant au Service québécois de changement d'adresse (SQCA) et au développement de systèmes qui soutiennent ce service. La Régie travaille également de concert avec le Secrétariat du Conseil du trésor pour définir les mécanismes d'identification et d'authentification de la clientèle qui utilise les services en ligne.

Diverses exigences gouvernementales

La politique linguistique

Le plan d'action en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information

Le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec

LA POLITIQUE LINGUISTIQUE

Le gouvernement du Québec a démontré l'importance qu'il accorde à la langue française en adoptant, le 12 novembre 1996, la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

Entrée en vigueur en décembre 2001, la politique linguistique de la Régie tient compte des orientations du gouvernement. Elle a ainsi pour but de déterminer et de faire savoir à l'ensemble du personnel comment doit s'appliquer la Charte de la langue française pour tout ce qui a trait aux activités de la Régie.

Au cours de l'année 2003-2004, le comité permanent chargé de veiller à l'application de la politique linguistique a formulé des avis sur différentes questions. Les nouvelles technologies de l'information de même que la langue des formulaires accessibles sur le Web ont été au cœur des discussions.

Le comité a convenu d'offrir aux employés qui ont à écrire à la clientèle un cours général de français.

Enfin, la Régie a profité de la Francofête pour promouvoir l'expression dans un français de qualité.

LE PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DE SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

La Régie gère quotidiennement d'innombrables données qui, pour une bonne part, touchent la vie privée des Québécois. Aussi veille-t-elle constamment à se montrer digne de la confiance que sa clientèle lui témoigne en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information, particulièrement en cette ère des technologies de l'information. La déclaration de services aux citoyens affirme de façon marquée cette volonté.

Comme organisme public, la Régie se conforme à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, la Loi sur l'assurance maladie lui impose le respect de règles plus restrictives encore en matière de confidentialité, puisqu'elle prévoit explicitement tous les renseignements dont la transmission est autorisée.

Différentes actions ont été entreprises en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information.

DES GARANTIES QUANT À LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

En 2001-2002, la Régie a évalué dans quelle mesure le fichier d'inscription des personnes assurées était conforme aux exigences de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Bien que le niveau de conformité ait été jugé satisfaisant, une refonte des profils d'accès des employés aux systèmes d'information a été entreprise au cours de l'année 2002-2003 et complétée en 2003-2004. Cette opération a permis non seulement de sensibiliser le personnel aux enjeux de la protection des renseignements personnels, mais aussi de mettre en place de nouveaux outils et processus capables de gérer encore plus efficacement l'attribution des droits d'accès à plus d'une centaine de systèmes d'information.

Afin d'assurer le respect des règles de confidentialité dans le cadre de ses activités quotidiennes, la Régie a achevé en 2003-2004 l'inventaire des communications de renseignements personnels ayant cours dans les directions générales. Après quoi, elle a commencé à mettre à jour son registre des communications de renseignements personnels qui rassemble de l'information sur la nature des communications autorisées, les unités administratives visées et les destinataires des communications.

En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, les organismes publics doivent déclarer à la Commission d'accès à l'information (CAI) tous les fichiers de renseignements personnels qu'ils détiennent. Cette démarche vise à informer la population de l'existence de ces fichiers et permet à la CAI d'exercer son pouvoir de surveillance et d'établir des normes qui rehaussent les garanties de confidentialité dans les organisations publiques. En 2003-2004, la Régie a ainsi complété sa déclaration.

La Régie a également poursuivi la révision de ses politiques et procédures administratives en matière de sécurité, plus particulièrement en ce qui a trait à la sécurité physique de l'actif informationnel et à l'accès au siège social.

Des travaux axés sur la catégorisation des systèmes au regard de la sécurité de l'information ont aussi été entrepris, selon des critères définis par le Secrétariat du Conseil du trésor. Ces critères portent sur le niveau de disponibilité, d'intégrité et de confidentialité de l'information traitée.

Enfin, la Régie a poursuivi la mise à jour du calendrier de conservation des documents. Le calendrier sera soumis aux Archives nationales du Québec pour approbation des délais de conservation établis.

D'autres actions concernant la protection des renseignements personnels ont été accomplies en vue de satisfaire à l'engagement de la déclaration de services aux citoyens, telles la tenue d'activités de formation et de sensibilisation et la création d'une section sur le sujet dans l'intranet. Des renseignements complémentaires sont présentés dans la section consacrée à cet engagement [1].

LES PRIORITÉS POUR 2004-2005

Les priorités retenues pour 2004-2005 en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information sont les suivantes :

- la poursuite des activités de sensibilisation et de formation à l'intention des nouveaux employés et de l'ensemble du personnel ;
- la continuation de la mise à jour du cadre normatif et de la catégorisation des systèmes d'information ;
- l'amorce de travaux visant l'intégration des préoccupations liées à la protection des renseignements personnels et à la sécurité de l'information dans le développement des systèmes informatiques ;
- l'achèvement de la mise à jour du calendrier de conservation des documents, autres que les banques de données.

1. Voir p. 39.

LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Conformément à une exigence gouvernementale, les ministères et organismes doivent rendre compte, dans leur rapport annuel de gestion, des correctifs apportés à la suite des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec depuis 2001-2002.

À cet effet, la Régie a mis en place, en 2002-2003, un mécanisme de suivi afin d'assurer une prise en charge efficace de ces recommandations. Ce mécanisme prévoit que les directions générales visées élaborent un plan d'action et appliquent les mesures qu'elles jugent appropriées. L'équipe de la vérification interne assume l'évaluation du degré de mise en œuvre des recommandations.

Voici les rapports ayant fait l'objet d'un suivi par l'équipe de la vérification interne en 2003-2004.

LA CERTIFICATION DE L'INFORMATION FINANCIÈRE

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002 (déposé en décembre 2002)
Tome II, chapitre 8

Lors de la vérification des livres et des comptes de la Régie pour l'exercice terminé le 31 mars 2002, le Vérificateur général avait fait état de certaines lacunes à corriger. À ce jour, deux d'entre elles demeurent en suspens.

- **Le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments**

  Le Vérificateur général avait recommandé à la Régie d'appliquer un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments aux différentes clientèles du régime public afin que toutes les personnes qui s'en procurent de façon abusive bénéficient d'un suivi médical et pharmaceutique adéquat.

  Bien qu'une étude menée par la Régie révèle que le mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments pourrait s'appliquer à l'ensemble des clientèles du régime public, des clarifications d'ordre juridique paraissent nécessaires pour déterminer la capacité réelle d'intervention de la Régie à cet égard.

  À cette fin, la Direction des services juridiques de la Régie prépare un avis qui complétera la documentation en vue de prendre une décision éclairée dans ce dossier.

- **La vérification de la facturation des pharmaciens propriétaires**

  Le Vérificateur général avait recommandé à la Régie d'augmenter le nombre de visites qu'elle fait auprès des pharmaciens propriétaires pour s'assurer que la facturation soit conforme aux dispositions de l'entente conclue avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

  Un ajout de personnel permettra d'augmenter le nombre de visites en pharmacie et, par conséquent, de satisfaire à la recommandation formulée par le Vérificateur général.

LA GOUVERNANCE DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002 (déposé en décembre 2002)
Tome II, chapitre 5

Le Vérificateur général a évalué les pratiques du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Régie de l'assurance maladie, de la Société de gestion informatique (SOGIQUE) et de trois agences de développement en matière de gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux. Pour cela, il a utilisé sept critères : la planification des activités, leur coordination, la gestion des investissements, la gestion du changement, la gestion des risques, le suivi de gestion et la reddition de comptes.

La Régie est consciente que certains processus doivent être renforcés, dont la planification des activités, la gestion du changement, la gestion des risques, le suivi de gestion et la reddition de comptes. Pour y arriver, elle a amorcé l'élaboration d'un plan d'action en 2002-2003 dans lequel s'inscrit la conception d'une architecture d'entreprise qui prévoit, entre autres, la mise en place de services en ligne. Ce plan d'action sera entièrement défini en 2004 et devrait répondre aux préoccupations du Vérificateur général.

LA GESTION DE L'AMÉLIORATION DES SERVICES AUX CITOYENS

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003 (déposé en juin 2003)
Tome I, chapitre 3

Pour juger de la qualité du service téléphonique, le Vérificateur général a effectué un sondage de type client mystère, en janvier 2003, auprès de 13 entités très actives en ce domaine, dont la Régie. À partir des résultats obtenus, il leur a recommandé de porter une attention particulière à l'accessibilité de leurs services téléphoniques et à la qualité des renseignements fournis. Ces deux aspects représentent une préoccupation importante pour la Régie qui poursuit ses efforts en vue de les améliorer, et ce, en s'appuyant sur des mesures correctives. Ainsi, un rapport d'analyse sur la situation du centre d'appels des personnes assurées a été produit et un plan d'amélioration des services aux personnes assurées, mis en place. Une des mesures les plus importantes de ce plan fut l'ajout de 48 employés en mars 2003.

LA QUALITÉ DE L'INFORMATION SUR LA PERFORMANCE

Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003 (déposé en juin 2003)
Tome I, chapitre 4

Le Vérificateur général a analysé la qualité de l'information relative à la performance dans les rapports annuels de gestion de 16 entités assujetties à la Loi sur l'administration publique, dont celui de la Régie, en tenant compte des principes suivants, tels qu'ils apparaissent dans le *Guide sur le rapport annuel de gestion* publié par le Secrétariat du Conseil du trésor :

- focaliser l'attention sur les aspects critiques ;
- établir un lien entre les objectifs et les résultats ;
- présenter les résultats dans le bon contexte ;
- établir un lien entre les ressources et les résultats ;
- présenter une information comparative ;
- aborder la question de la fiabilité de l'information ;
- respecter les exigences de reddition de comptes et traiter des engagements pris dans la déclaration de services aux citoyens.

Dans l'ensemble, le Vérificateur général comprend que l'information contenue dans le premier rapport annuel de gestion de la Régie, publié en 2001-2002, est perfectible. C'est pourquoi il lui a recommandé d'apporter les modifications nécessaires afin de se conformer à ces principes.

À cet effet, des actions correctives ont été intégrées dans le rapport annuel de gestion 2002-2003 de la Régie. Celles-ci visaient surtout la présentation de données comparatives, l'explication des résultats dans leur contexte et l'établissement de liens plus clairs entre les objectifs, les cibles et les résultats. Un plan d'amélioration a été déposé en février 2004 en prévision des prochains rapports annuels de gestion.

Les états financiers
et les données financières

Les états financiers
de l'exercice terminé le 31 mars 2004

Les données financières

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2004

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport annuel est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles comptables internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que les actifs sont convenablement protégés et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie.

Le conseil d'administration est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de la Régie conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Pierre Roy

Le directeur du budget
et des ressources financières,

André Gignac

Québec, le 28 mai 2004

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance maladie du Québec au 31 mars 2004 et l'état du coût et du financement des programmes de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de la Régie au 31 mars 2004 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

La vérificatrice générale par intérim,

Doris Paradis

Doris Paradis, FCA

Québec, le 28 mai 2004

COÛT ET FINANCEMENT DES PROGRAMMES EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS

	2004	2003
	(en milliers de dollars)	
Coût des programmes (note 3)		
Services médicaux (note 4)	3 170 297	3 001 422
Médicaments et services pharmaceutiques (notes 4 et 5)	2 121 542	1 914 108
Services hospitaliers (note 6)	119 213	105 114
Aides techniques	107 546	101 611
Services dentaires (note 4)	87 369	130 574
Services d'aide domestique	41 810	41 263
Services optométriques (note 4)	31 741	32 828
Autres (note 7)	22 584	9 501
	5 702 102	5 336 421
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	5 850	4 593
	5 696 252	5 331 828
Frais d'administration (note 8)	136 083	114 002
Perte sur disposition de placement	–	3 708
	5 832 335	**5 449 538**
Sources de financement		
Fonds des services de santé	3 307 810	3 532 025
Fonds de l'assurance médicaments (note 9)	2 144 604	1 570 035
Gouvernement du Québec	267 185	244 175
Commission de la santé et de la sécurité du travail	78 427	73 421
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 6)	26 957	22 181
Autres sources	7 352	7 701
	5 832 335	**5 449 538**

COÛT ET FINANCEMENT DES PROGRAMMES EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS

	2004	2003
	(en milliers de dollars)	
Coût des programmes (note 3)		
Services médicaux (note 4)	3 170 297	3 001 422
Médicaments et services pharmaceutiques (notes 4 et 5)	2 121 542	1 914 108
Services hospitaliers (note 6)	119 213	105 114
Aides techniques	107 546	101 611
Services dentaires (note 4)	87 369	130 574
Services d'aide domestique	41 810	41 263
Services optométriques (note 4)	31 741	32 828
Autres (note 7)	22 584	9 501
	5 702 102	5 336 421
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	5 850	4 593
	5 696 252	5 331 828
Frais d'administration (note 8)	136 083	114 002
Perte sur disposition de placement	–	3 708
	5 832 335	5 449 538
Sources de financement		
Fonds des services de santé	3 307 810	3 532 025
Fonds de l'assurance médicaments (note 9)	2 144 604	1 570 035
Gouvernement du Québec	267 185	244 175
Commission de la santé et de la sécurité du travail	78 427	73 421
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 6)	26 957	22 181
Autres sources	7 352	7 701
	5 832 335	5 449 538

BILAN AU 31 MARS

	2004	2003
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme (note 10)		
Espèces	21 814	–
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	37 023	324 853
Fonds de l'assurance-médicaments	213 576	96 365
Frais à recouvrer (note 11)	106 797	121 011
Autres créances	9 619	25 119
	388 829	567 348
Immobilisations (note 12)	35 547	33 171
	424 376	**600 519**
Passif		
À court terme (note 10)		
Effets représentatifs en circulation	109 221	133 285
Salaires à payer (note 4)	264 709	415 624
Autres créditeurs et frais courus	13 554	15 622
Tranche de la dette à long terme échéant dans moins d'un an	922	1 308
	388 406	565 839
Provision pour congés de maladie et vacances (note 15)	28 670	26 458
Dette à long terme (note 13)	7 300	8 222
	424 376	**600 519**

Engagements (note 16)

Pour la Régie :

Pierre Roy
Président-directeur général

Claude Gagnon
Membre du conseil d'administration

BILAN AU 31 MARS

	2004	2003
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme (note 10)		
Espèces	21 814	-
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	37 023	324 853
Fonds de l'assurance médicaments	213 576	96 365
Frais à récupérer (note 11)	106 797	121 011
Autres créances	9 619	25 119
	388 829	567 348
Immobilisations (note 12)	35 547	33 171
	424 376	**600 519**
Passif		
À court terme (note 10)		
Effets bancaires en circulation	109 221	133 285
Services à payer (note 4)	264 709	415 624
Autres créditeurs et frais courus	13 554	15 622
Tranche de la dette à long terme échéant dans moins d'un an	922	1 308
	388 406	565 839
Provision pour congés de maladie et vacances (note 15)	28 670	26 458
Dette à long terme (note 13)	7 300	8 222
	424 376	**600 519**

Engagements (note 16)

Pour la Régie,

Pierre Roy
Président-directeur général

Claude Gagnon
Membre du conseil d'administration

NOTES COMPLÉMENTAIRES 31 MARS 2004

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. CONSTITUTION, FONCTION ET FINANCEMENT

La Régie, personne morale au sens du Code civil, constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre le régime général d'assurance médicaments. Elle administre aussi le programme d'assistance maladie du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille ainsi que des parties de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux dont :

- la rémunération des résidents en médecine ;
- le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec ;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique ;
- la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers.

La Régie paie les médecins ayant rendu des services professionnels dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance maladie et du programme d'assistance maladie provient du Fonds des services de santé. Jusqu'au 30 juin 2002, celui-ci a aussi financé le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis dans le cadre du régime public d'assurance médicaments :

- aux personnes de 65 ans ou plus ;
- aux prestataires de l'assistance-emploi.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments finance ces mêmes coûts pour des médicaments et services fournis :

- aux personnes de 65 ans ou plus, depuis le 1er juillet 2002 ;
- aux prestataires de l'assistance-emploi, depuis le 1er juillet 2002 ;
- à toute personne admissible, autre que celles énumérées ci-dessus, qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Enfin, le gouvernement du Québec finance les parties de programmes confiées à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2. CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie de l'exercice. Par contre, les informations les plus pertinentes sont fournies dans les notes complémentaires aux états financiers.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées à leur valeur d'acquisition.

Le développement de systèmes informatiques inclut le coût de la main-d'œuvre et des services professionnels ainsi que celui du matériel informatique et bureautique s'y rapportant.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle des immobilisations, s'il y a lieu. Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Immeuble du siège social	40 ans
Rénovations de l'immeuble	10 ans
Développement de systèmes informatiques	5 à 7 ans
Ameublement, équipement de bureau et matériel roulant	5 ans
Matériel informatique et bureautique	3 à 5 ans

Régimes de retraite

La Régie ne possède pas l'information nécessaire à l'application de la méthode de comptabilisation des régimes à prestations déterminées.

Elle applique donc la méthode de comptabilisation des régimes à cotisation déterminée aux régimes interemployeurs gouvernementaux à prestations déterminées.

3. COÛT DES PROGRAMMES

Le coût des produits et services par programme se répartit comme suit :

	2004	2003
Régime d'assurance maladie	3 236 007	3 075 128
Régime public d'assurance médicaments	2 114 064	1 908 037
Assistance maladie	59 619	88 748
Autres	286 562	259 915
	5 696 252	**5 331 828**

4. SERVICES MÉDICAUX, DENTAIRES, OPTOMÉTRIQUES ET MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES

Les ententes suivantes avec des associations représentant des professionnels de la santé sont expirées. Elles n'ont fait l'objet d'aucune provision au passif au regard des modifications qui pourraient être apportées aux tarifs lors de leur renouvellement.

	DATE D'EXPIRATION
Association des chirurgiens dentistes du Québec	30 juin 2003
Association des optométristes du Québec	30 juin 2003
Association québécoise des pharmaciens propriétaires	30 juin 2003
Fédération des médecins résidents du Québec	30 juin 2003

5. MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES

	2004	2003
Personnes de 65 ans ou plus	1 179 684	1 054 425
Prestataires de l'assistance-emploi	485 799	440 259
Personnes admissibles qui n'ont pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux	448 581	413 353
Personnes admissibles à des programmes particuliers	7 478	6 071
	2 121 542	**1 914 108**

6. SERVICES HOSPITALIERS

	2004	2003
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	92 256	82 818
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	26 957	22 181
Services de radio-oncologie rendus hors du Québec	-	115
	119 213	**105 114**

7. AUTRES

	2004	2003
Bourses de recherche	8 813	8 161
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C	13 771	1 340
	22 584	9 501

8. FRAIS D'ADMINISTRATION

	2004	2003
Traitements et avantages sociaux	80 630	72 736
Amortissement des immobilisations	13 006	11 744
Locaux, équipement et ameublement	11 727	10 533
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	6 743	6 472
Réseau de communication interactive	3 800	6 211
Services professionnels et autres	3 436	3 418
Fournitures et approvisionnements	2 274	2 175
Intérêts sur la dette à long terme	667	713
	122 283	114 002
Activités préliminaires du projet Carte Santé du Québec	13 800	-
	136 083	114 002

9. FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

	2004	2003
Personnes de 65 ans ou plus*	1 179 684	795 285
Prestataires de l'assistance-emploi*	485 799	332 842
Adhérents	448 581	413 353
Frais d'administration	30 540	28 555
	2 144 604	1 570 035

* Depuis le 1er juillet 2002

10. INSTRUMENTS FINANCIERS

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée.

11. FRAIS À RÉCUPÉRER

	2004	2003
Gouvernement du Québec	79 339	96 660
Commission de la santé et de la sécurité du travail	20 322	17 072
Services hospitaliers dus par d'autres provinces	7 136	7 279
	106 797	121 011

12. IMMOBILISATIONS

			2004	2003
	Coût	Amortissement cumulé	Net	Net
Terrain	1 000	–	1 000	1 000
Immeuble du siège social	17 537	9 536	8 001	8 300
Rénovations de l'immeuble	2 998	150	2 848	–
Développement de systèmes informatiques	59 589	45 558	14 011	16 724
Ameublement, équipement de bureau et matériel roulant	3 292	1 659	1 633	1 968
Matériel informatique et bureautique	15 635	7 581	8 054	5 179
	100 031	64 484	35 547	33 171

Les acquisitions de l'exercice ont nécessité des déboursés de 15,5 millions (2003 : 12,1 M$).

13. DETTE À LONG TERME

	2004	2003
Emprunts sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec à des taux fixes variant de 5,91 % à 6,28 %, échéant entre 2004 et 2006	8 222	9 530
Tranche échéant dans moins d'un an	922	1 308
	7 300	8 222
Flux de trésorerie		
Remboursements	1 308	2 271
Intérêts versés	529	1 008

Les versements en capital au cours des cinq prochains exercices s'établissent comme suit en posant l'hypothèse du refinancement des emprunts sur billets à leur échéance aux mêmes conditions :

2005	922
2006	500
2007	500
2008	500
2009	500

La juste valeur de la dette à long terme, obtenue par l'actualisation des flux de trésorerie futurs, au taux d'intérêt du marché pour des emprunts semblables, correspond à sa valeur comptable.

14. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers, la Régie est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. La Régie n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

15. AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les cotisations de la Régie imputées aux résultats de l'exercice se chiffrent à 2,8 millions (2003 : 2,4 M$) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. Par ailleurs, les cotisations pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 3,1 millions (2003 : 3,0 M$) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes « Services médicaux », « Services dentaires » et « Services optométriques ». Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations pour services courants à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie et vacances

	2004	2003
Solde au début	26 458	22 142
Augmentation nette due à des départs et des arrivées d'employés	1 000	(235)
Dépenses	8 512	7 694
Avantages sociaux des exercices antérieurs	–	3 244
Utilisation	(7 300)	(6 387)
Solde à la fin	28 670	26 458

16. ENGAGEMENTS

Au 31 mars 2004, les engagements contractuels minimaux exigibles pour l'acquisition de biens et services relatifs à des contrats d'approvisionnement ainsi que pour la location de locaux se détaillent comme suit :

2005	10 645
2006	4 385
2007	2 650
2008	943
2009	210
	18 833

LES DONNÉES FINANCIÈRES

LES SOURCES DE FINANCEMENT

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé, le Fonds de l'assurance médicaments ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé le 18 juin 1997 afin de répondre aux besoins financiers de la Régie pour l'administration des programmes qui lui sont confiés en lui transmettant les sommes nécessaires à l'équilibre des sources de financement et des dépenses relatives au régime d'assurance maladie.

Depuis le 1er avril 1996, il finance aussi le programme d'assistance maladie qui a été confié à la Régie à cette date. Entre le 1er août 1996 et le 30 juin 2002, il a contribué au financement du régime général d'assurance médicaments :

- pour les personnes de 65 ans ou plus ;
- pour les prestataires de l'assistance-emploi.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux et, depuis le 1er juillet 2002, aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires de l'assistance-emploi.

Le gouvernement du Québec

Conformément à des accords conclus avec la Régie, le gouvernement du Québec finance des programmes confiés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont ceux concernant :

- la rémunération des résidents en médecine ;
- les services hospitaliers rendus hors du Québec ;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique ;
- la rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de la santé publique ;
- l'aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- les médicaments fournis pour le traitement de maladies transmissibles sexuellement, pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose et à certaines personnes assurées atteintes de maladies graves ou chroniques.

Le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille assure le financement du programme de soutien financier qu'il a confié à la Régie.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, c'est-à-dire :

- les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et de la Loi visant à favoriser le civisme ;
- les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec le coût des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Diverses autres sources contribuent au financement de la Régie, principalement :

- le recouvrement, auprès des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie ;
- la vente de services informatiques et de saisie de données ;
- le remplacement de cartes d'assurance maladie perdues et la prise de photographies ;
- le remboursement des frais encourus pour des enquêtes.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant des primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance maladie, des sommes remboursées par les personnes non admissibles aux services assurés, de la location de places de stationnement, des intérêts bancaires et de créances, de la vente de biens et du remboursement de frais de recouvrement et de gestion de comptes.

SOURCES DE FINANCEMENT (en milliers de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Fonds des services de santé	3 800 560	3 941 088	4 295 030	3 532 025	3 307 810
Fonds de l'assurance médicaments	289 819	356 615	402 139	1 570 035	2 144 604
Gouvernement du Québec	208 303	237 022	216 892	244 175	267 185
Commission de la santé et de la sécurité du travail	62 363	62 545	65 350	73 421	78 427
Ententes réciproques avec les autres provinces	16 833	17 570	18 505	22 181	26 957
Autres	4 510	5 515	5 766	7 701	7 352
	4 382 388	**4 620 355**	**5 003 682**	**5 449 538**	**5 832 335**

LE COÛT DES PROGRAMMES

La Régie administre les programmes de services assurés qui sont déterminés par la Loi sur l'assurance maladie ainsi que le régime public d'assurance médicaments.

Elle administre aussi, pour le compte du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des programmes qui lui sont confiés en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'évolution du coût des programmes au cours des cinq dernières années est présentée selon la classification utilisée aux états financiers au moyen de tableaux illustrés de graphiques.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

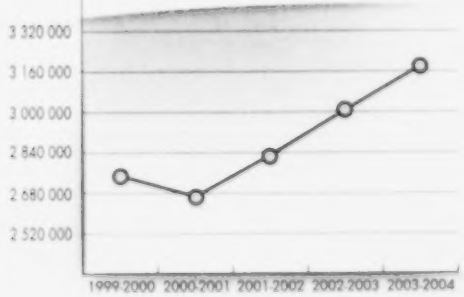
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Services médicaux	2 737 754	2 671 789	2 830 498	3 001 422	3 170 297
Médicaments et services pharmaceutiques	1 230 623	1 518 059	1 729 713	1 914 108	2 121 542
Services hospitaliers	94 196	102 720	88 237	105 114	119 213
Aides techniques	75 610	83 436	90 615	101 611	107 546
Services dentaires	97 153	81 844	80 432	130 574	87 369
Services d'aide domestique	19 890	31 108	37 189	41 263	41 810
Services optométriques	25 758	26 890	36 009	32 828	31 741
Autres	10 509	12 901	10 292	9 501	22 584
Total	4 291 493	4 528 747	4 902 985	5 336 421	5 702 102

1. Incluant une somme additionnelle de 12 528 000 $ d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

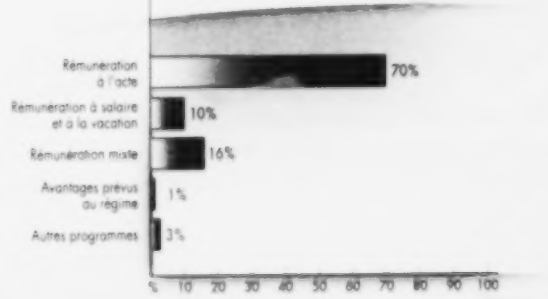
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES MÉDICAUX	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	2 634 945	2 562 034	2 731 327	2 894 940	3 064 194
Rémunération à l'acte	2 173 993	1 957 201	2 047 646	2 166 155	2 204 700
Spécialistes	1 257 148	1 105 463	1 139 888	1 244 943	1 211 935
Omnipraticiens	841 128	774 215	829 223	835 969	901 485
Commission de la santé et de la sécurité du travail	54 249	52 822	55 007	62 262	65 742
Remboursements versés aux personnes assurées	12 473	15 826	14 178	14 004	15 508
Professionnels de la santé hors du Québec	8 995	8 875	9 350	8 977	10 030
Rémunération à salaire et à la vacation	289 919	267 658	273 114	278 461	305 764
Vacation et honoraires forfaitaires	208 119	183 217	187 708	189 690	213 396
Salaire et honoraires fixes	75 520	78 043	78 202	81 618	84 176
Commission de la santé et de la sécurité du travail	6 280	6 398	7 204	7 153	8 192
Rémunération mixte	72 856	258 949	356 289	399 346	505 464
Régime d'assurance maladie	72 234	256 732	353 392	396 232	501 953
Commission de la santé et de la sécurité du travail	622	2 217	2 897	3 114	3 511
Avantages prévus au régime	98 177	78 226	54 278	50 978	48 266
Mesures particulières	57 699	48 229	40 495	35 757	30 817
Assurance responsabilité professionnelle	40 478	29 997	13 783	15 221	17 449
AUTRES PROGRAMMES	102 809	109 755	99 171	106 482	106 103
Rémunération des résidents en médecine	101 247	108 100	97 453	104 882	104 522
Soutien financier et victimes d'immunisation	1 267	1 268	1 298	1 275	1 253
Évaluation de l'état mental d'un accusé	189	238	308	325	328
Services assurés non disponibles au Québec	106	149	112	–	–
Total	2 737 754	2 671 789	2 830 498	3 001 422	3 170 297

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



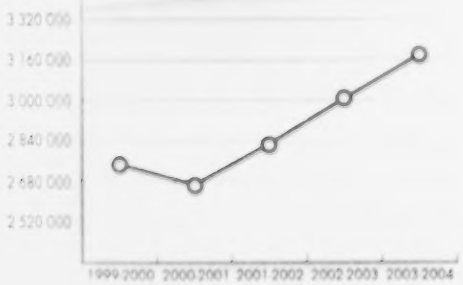
Répartition des coûts pour 2003-2004



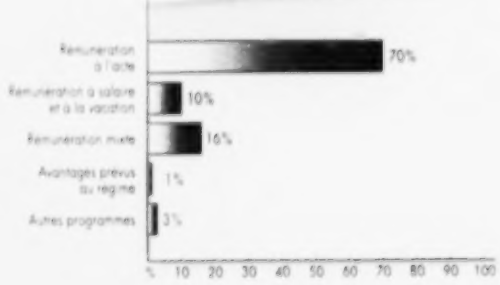
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES MÉDICAUX	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	**2 634 945**	**2 562 034**	**2 731 327**	**2 894 940**	**3 064 194**
Rémunération à l'acte	2 173 993	1 957 201	2 047 646	2 166 155	2 204 700
	1 257 148	1 105 463	1 139 888	1 244 943	1 211 935
	841 128	774 215	829 223	835 969	901 485
	54 249	52 822	55 007	62 262	65 742
	12 471	15 826	14 178	14 004	15 508
	8 997	8 875	9 350	8 977	10 030
Rémunération à salaire et à la vacation	289 919	267 658	273 114	278 461	305 764
	208 104	180 217	187 208	189 690	213 396
	75 520	79 043	78 202	81 618	84 176
	6 295	6 398	7 704	7 153	8 192
Rémunération mixte	72 856	258 949	356 289	399 346	505 464
	72 234	256 732	353 392	396 232	501 953
	622	2 217	2 897	3 114	3 511
Avantages prévus au régime	98 177	78 226	54 278	50 978	48 266
	57 699	48 229	40 495	35 757	30 817
	40 478	29 997	13 783	15 221	17 449
AUTRES PROGRAMMES	**102 809**	**109 755**	**99 171**	**106 482**	**106 103**
	101 247	108 100	97 453	104 882	104 522
	1 267	1 258	1 298	1 275	1 253
	189	238	308	325	328
	106	149	112		
Total	2 737 754	2 671 789	2 830 498	3 001 422	3 170 297

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



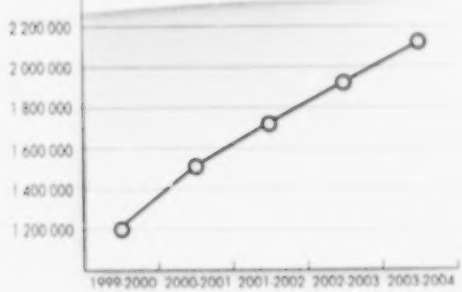
Répartition des coûts pour 2003-2004



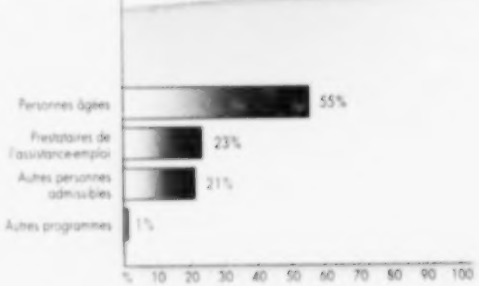
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	1 228 075	1 515 438	1 726 180	1 908 037	2 114 064
Personnes âgées	660 260	818 193	943 460	1 054 425	1 179 684
de 65 ans ou plus	657 275	814 401	939 538	1 050 257	1 175 074
de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint	2 985*	3 792	3 922	4 168	4 610
Prestataires de l'assistance emploi	290 420	353 878	396 752	440 259	485 799
de moins de 65 ans	287 970	351 899	394 851	438 300	483 697
de 65 ans ou plus	2 450	1 979	1 901	1 959	2 102
Autres personnes admissibles au régime	277 395	343 367	385 968	413 353	448 581
AUTRES PROGRAMMES	2 548	2 621	3 533	6 071	7 478
Patients d'exception	1 217	1 251	2 153	4 501	5 712
Gratuité des médicaments pour les maladies transmissibles sexuellement	731	776	776	815	894
la chimioprophylaxie et la tuberculose	364	324	315	443	414
Achats de places dans les résidences privées d'hébergement	98	145	178	197	241
Surveillance et suivi de la consommation	138	125	111	115	118
Contraception orale d'urgence	–	–	–	–	99
Total	1 230 623	1 518 059	1 729 713	1 914 108	2 121 542

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



Répartition des coûts pour 2003-2004



COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES HOSPITALIERS	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
AUTRES PROGRAMMES					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	73 064	74 936	64 462	82 818	92 256
Ontario	32 524	35 160	37 486	62 502	69 592
Nouveau-Brunswick	11 159	10 464	10 114	11 625	13 646
Autres provinces	3 487	3 709	3 374	3 858	3 351
États-Unis	4 791	4 253	2 504	3 692	4 134
Autres pays	1 103	1 350	884	1 141	1 533
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	16 832	17 570	18 505	22 181	26 957
Ontario	9 173	10 006	9 953	11 871	13 398
Nouveau-Brunswick	4 186	4 258	4 854	6 555	8 247
Terre-Neuve	808	750	849	917	1 451
Autres provinces	2 666	2 556	2 849	2 838	3 861
Services de radio-oncologie rendus hors du Québec	4 299	10 214	5 270	115	–
Total	94 196	102 720	88 237	105 114	119 213

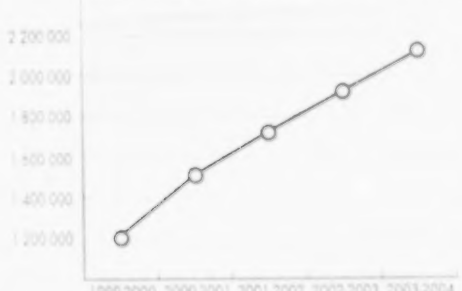
Évolution des coûts (en milliers de dollars)

Répartition des coûts pour 2003-2004

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	**1 228 075**	**1 515 438**	**1 726 180**	**1 908 037**	**2 114 064**
Personnes âgées					
Prestataires de l'assistance emploi					
Autres personnes admissibles au régime					
AUTRES PROGRAMMES	**2 548**	**2 621**	**3 533**	**4 071**	**7 478**
Total	1 230 623	1 518 059	1 729 713	1 914 108	2 121 542

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



Répartition des coûts pour 2003-2004

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES HOSPITALIERS	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
AUTRES PROGRAMMES					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec					
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces					
Services de radio-oncologie rendus hors du Québec					
Total	84 194	102 720	88 237	100 114	119 213

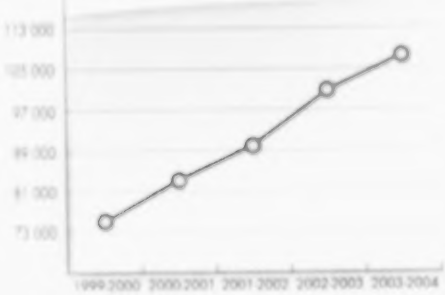
Évolution des coûts (en milliers de dollars)

Répartition des coûts pour 2003-2004

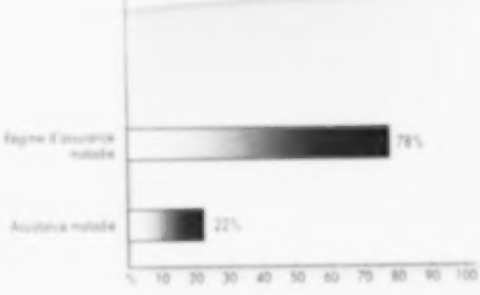
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

AIDES TECHNIQUES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	59 090	65 399	72 278	77 922	83 976
Appareils suppléant à une déficience physique	35 811	40 673	47 071	51 891	55 512
Aides auditives	12 662	14 321	14 177	15 526	17 476
Appareils fournis sur ordonnance permanente	5 236	5 377	6 143	5 391	5 652
Aides visuelles	2 949	3 547	3 164	3 299	3 615
Prothèses respiratoires externes	1 147	1 403	1 392	1 303	1 435
Prothèses oculaires	285	278	291	312	286
ASSISTANCE MALADIE	16 520	18 037	18 337	23 689	23 570
Appareils suppléant à une déficience physique	8 897	9 663	9 993	11 173	11 089
Prothèses dentaires Démontrables	4 441	4 555	4 750	7 488	8 146
Prothèses dentaires Dentaires	1 390	1 408	1 204	2 575	1 638
Aides auditives	835	892	972	1 110	1 195
Appareils fournis sur ordonnance permanente	592	582	645	616	681
Aides visuelles	638	796	630	596	672
Prothèses oculaires	76	78	80	74	86
Prothèses respiratoires externes	55	63	63	57	63
Total	75 610	83 436	90 615	101 611	107 546

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



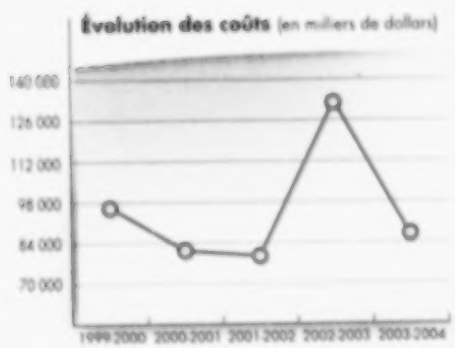
Répartition des coûts pour 2003-2004



COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES DENTAIRES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	60 410	48 251	48 936	65 947	51 719
Personnes assurées	59 131	46 930	47 620	64 632	50 084
Enfants	55 002	42 852	42 607	59 543	45 573
Chirurgie buccale	4 129	4 078	5 013	5 089	4 511
Mesures incitatives	1 279	1 321	1 316	1 315	1 635
ASSISTANCE MALADIE	34 867	31 550	29 568	61 957	33 152
Prestataires de l'assistance-emploi					
- 10 ans ou plus	29 063	26 386	24 804	57 425	28 731
- Enfants	5 448	4 827	4 417	4 155	4 089
- Chirurgie buccale	356	337	347	377	332
AUTRES PROGRAMMES	1 876	2 043	1 928	2 670	2 498
Dentistes œuvrant dans une direction régionale de la santé publique	1 876	2 043	1 928	2 670	2 498
Total	97 153	81 844	80 432	130 574[1]	87 369

1. Incluant une dépense nette de 54 294 000 $ découlant des ententes avec les chirurgiens-dentistes.



COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

AIDES TECHNIQUES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	59 090	65 399	72 278	77 922	83 976
ASSISTANCE MALADIE	16 520	18 037	18 337	23 689	23 570
Total	75 610	83 436	90 615	101 611	107 546

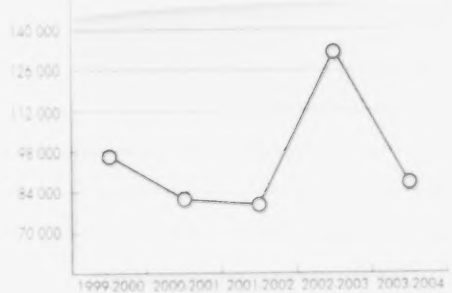
Évolution des coûts (en milliers de dollars)

Répartition des coûts pour 2003-2004

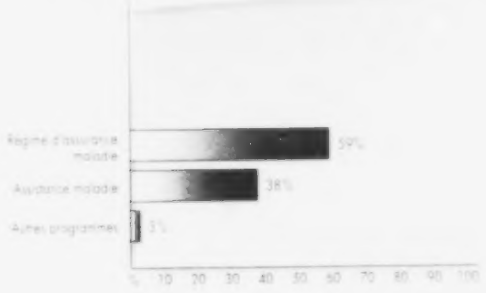
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES DENTAIRES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	**60 410**	**48 251**	**48 936**	**65 947**	**51 719**
Personnes assurées	59 131	46 930	47 620	64 632	50 084
Mesures incitatives	1 279	1 321	1 316	1 315	1 635
ASSISTANCE MALADIE	**34 867**	**31 550**	**29 568**	**61 957**	**33 152**
AUTRES PROGRAMMES	**1 876**	**2 043**	**1 928**	**2 670**	**2 498**
Total	97 153	81 844	80 432	130 574	87 369

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



Répartition des coûts pour 2003-2004



COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES OPTOMÉTRIQUES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
ASSISTANCE MALADIE					
AUTRES PROGRAMMES					
Total	25 758	26 690	36 009	32 828	31 741

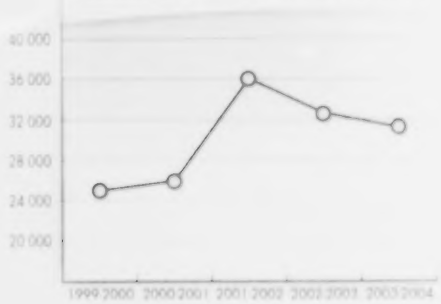
Évolution des coûts

Répartition des coûts pour 2003-2004

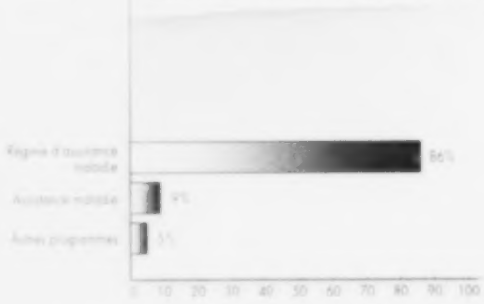
COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (en milliers de dollars)

SERVICES OPTOMÉTRIQUES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE					
Personnes assurées	21 299	22 542	31 449	28 160	27 305
ASSISTANCE MALADIE					
Prestataires de l'assistance sociale	3 121	3 020	3 040	2 101	2 897
AUTRES PROGRAMMES					
Handicapés adultes	1 348	1 328	1 520	1 567	1 539
Total	25 758	26 890	36 009	32 828	31 741

Évolution des coûts (en milliers de dollars)



Répartition des coûts pour 2003-2004



LES FRAIS D'ADMINISTRATION

La Régie encourt des frais pour l'administration du régime d'assurance maladie, du régime public d'assurance médicaments ainsi que pour tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

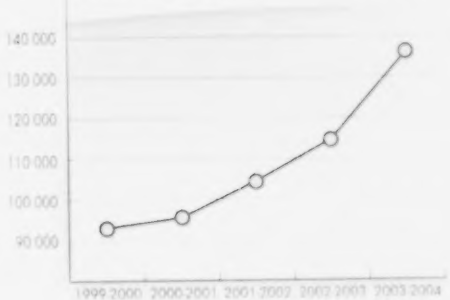
Le Fonds des services de santé contribue au remboursement de la plus grande partie de ces frais.

Les autres frais sont principalement imputés au Fonds de l'assurance médicaments, au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

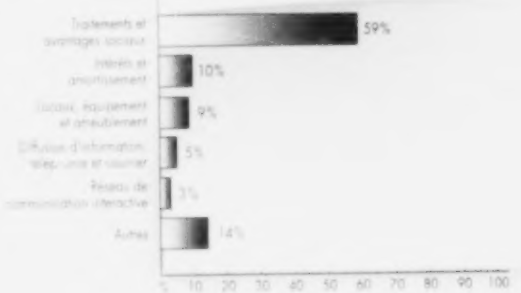
RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION (en milliers de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Traitements et avantages sociaux	56 160	60 549	64 940	72 736	80 630
Intérêts et amortissement	9 605	10 879	11 921	12 457	13 673
Locaux, équipement et ameublement	8 437	9 008	11 263	10 533	11 727
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	5 098	5 549	6 028	6 472	6 743
Réseau de communication interactive	3 633	3 997	5 264	6 211	3 800
Autres	11 745	5 903	5 222	5 593	19 510
	94 678	95 885	104 638	114 002	136 083

Évolution des frais (en milliers de dollars)



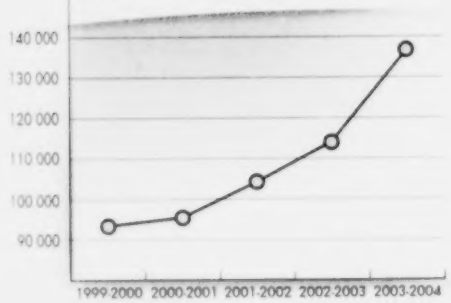
Répartition des frais pour 2003-2004



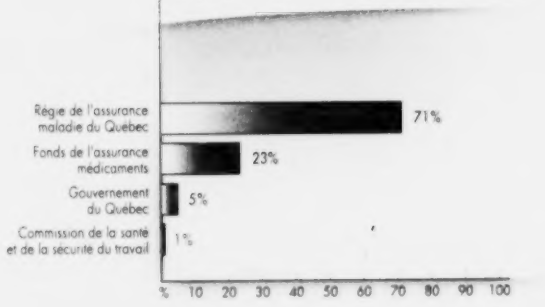
IMPUTATION DES FRAIS D'ADMINISTRATION (en milliers de dollars)

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Régie de l'assurance maladie du Québec	75 862	75 748	80 864	77 893	96 754
Fonds de l'assurance médicaments	12 424	13 248	16 171	28 555	30 540
Gouvernement du Québec	5 182	5 630	6 216	6 199	7 279
Commission de la santé et de la sécurité du travail	1 210	1 259	1 387	1 355	1 510
Total	94 678	95 885	104 638	114 002	136 083

Évolution des frais (en milliers de dollars)



Imputation des frais pour 2003-2004



Le régime général d'assurance médicaments

Le rapport d'activité 2003-2004

Les états financiers du Fonds de l'assurance médicaments

LE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2003-2004

UN RAPPEL DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET DE SON OBJECTIF

En vertu de l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01), le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE LA COUVERTURE

Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux, soit par le régime public administré par la Régie.

LES PERSONNES COUVERTES PAR LE SECTEUR PRIVÉ

Les adultes ayant accès à un régime privé couvrant les médicaments doivent y souscrire pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint et leurs enfants. Tous les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* doivent être couverts par les régimes privés.

Depuis le 1er juillet 2003, la coassurance ne peut dépasser 28 % du coût des médicaments, et la contribution maximale (franchise et coassurance) doit être d'au plus 839 $ par adulte par année. Ce pourcentage et ce montant sont indexés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement fixés par la Régie, qui doit tenir compte de certaines règles déterminées par règlement du gouvernement.

Une personne qui change de régime en cours d'année n'a pas à débourser plus que la contribution maximale qui lui est applicable. Ainsi, lors d'un changement d'employeur, une personne peut entreprendre des démarches pour que le cumul de ses contributions soit transféré chez le nouvel assureur.

L'INSCRIPTION AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les prestataires de l'assistance-emploi, les personnes de 65 ans ou plus et les adultes qui n'ont pas accès à un régime privé doivent être inscrits au régime public d'assurance médicaments. Au 31 mars 2004, près de 1,8 million de personnes non couvertes par un régime privé s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments à titre d'adhérents, auxquelles il faut ajouter environ 540 600 prestataires de l'assistance-emploi et 909 500 personnes de 65 ans ou plus.

Les personnes de 65 ans ou plus ayant accès à un régime privé peuvent être couvertes en totalité par celui-ci si elles le souhaitent, à condition que la couverture des médicaments soit au moins équivalente à celle qu'offre le régime public. En 2003-2004, 53 166 d'entre elles ont décidé de maintenir leur adhésion à un régime privé.

LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC

La prime annuelle

Les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu. Pour la période allant du 1er juillet 2003 au 30 juin 2004, la prime maximale est de 450 $ par adulte. Ce montant est rajusté le 1er juillet de chaque année par la Régie qui doit tenir compte de l'accroissement des coûts du régime. Les prestataires de l'assistance-emploi sont exemptés du paiement de la prime. Il en est de même des personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti (SRG) maximal et des adhérents qui ont un revenu équivalent.

La contribution mensuelle

Lors de l'achat de médicaments, les personnes inscrites à la Régie doivent contribuer au coût de ceux-ci et des services pharmaceutiques sous la forme d'une franchise et d'une coassurance, et ce, jusqu'à l'atteinte de leur contribution mensuelle maximale.

Le 1er juillet 2003, la franchise est passée de 9,13 $ à 9,60 $ par mois et la coassurance, de 27,4 % à 28 % pour les adhérents et les personnes de 65 ans ou plus. Toutefois, la franchise de 8,33 $ s'appliquant aux prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi et aux personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent au moins 94 % du SRG maximal n'a pas augmenté, et leur coassurance est demeurée à 25 %.

En ce qui concerne la contribution maximale, elle varie en fonction des différentes clientèles :

- 69,92 $ par mois (839 $ par année) pour les adhérents et les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun SRG ;
- 46,17 $ par mois (554 $ par année) pour les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG maximal (SRG partiel) ;
- 16,66 $ par mois (200 $ par année) pour les prestataires de l'assistance-emploi sans contraintes sévères à l'emploi et les personnes de 65 ans ou plus recevant au moins 94 % du SRG maximal.

Les personnes exemptées

Les enfants de moins de 18 ans inscrits à la Régie ne paient ni prime ni contribution à l'achat de médicaments à la pharmacie. Il en est de même pour les personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle qui commençait avant 18 ans, pour les prestataires de l'assistance-emploi ayant des contraintes sévères à l'emploi, ainsi que pour les personnes de 18 à 25 ans, aux études à temps plein, qui n'ont pas de conjoint et dont les parents sont inscrits au régime public.

UN FINANCEMENT MIXTE

DES MESURES POUR LA RÉCUPÉRATION DE SOMMES DUES

UNE ENTENTE ADMINISTRATIVE

LE FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

LE COÛT DU RÉGIME PUBLIC

Facteurs de croissance du coût total des médicaments du régime public d'assurance médicaments pour l'exercice 2003-2004

Nombre d'ordonnances par participant	5,62 %
Nombre de participants	2,99 %
Coût par ordonnance	0,96 %

COÛT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS D'AVRIL 2003 À MARS 2004[1]

	NOMBRE DE PARTICIPANTS[2]	COÛT TOTAL	PART ASSUMÉE PAR LE RÉGIME		CONTRIBUTION DES PERSONNES ASSURÉES	
		M$	M$	%	M$	%
PRESTATAIRES DE L'ASSISTANCE-EMPLOI						
Adultes	310 060	492,3	476,2	96,7	16,1	3,3
Enfants de moins de 18 ans	86 698	14,8	14,8	100,0	–	–
Personnes aux études à temps plein de 18 à 25 ans sans conjoint	5 083	1,2	1,2	100,0	–	–
Total partiel	401 841	508,3	492,2	96,8	16,1	3,2
PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS						
Celles recevant le maximum du SRG[3]	41 996	86,6	79,6	91,9	7,0	8,1
Celles recevant au moins 94 % du SRG maximal	18 611	49,1	45,2	92,1	3,9	7,9
Celles recevant moins de 94 % du SRG maximal (SRG partiel)	346 017	651,9	520,6	79,9	131,3	20,1
Celles ne recevant aucun SRG	442 805	715,3	529,1	74,0	186,2	26,0
Total partiel	849 429	1 502,9	1 174,5	78,1	328,4	21,9
ADHÉRENTS						
Adultes	862 878	574,1	411,0	71,6	163,1	28,4
Enfants de moins de 18 ans et personnes à charge handicapées	224 865	37,5	37,5	100,0	–	–
Personnes aux études à temps plein de 18 à 25 ans sans conjoint	41 423	11,2	11,2	100,0	–	–
Total partiel	1 129 166	622,8	459,7	73,8	163,1	26,2
Total du régime public	2 380 436	2 634,0	2 126,4	80,7	507,6	19,3
Total des programmes particuliers[4]	–	1,8	1,8	100,0	–	–
Total global	2 380 436	2 635,8	2 128,2	80,7	507,6	19,3

1. [illegible]
2. Un participant est une personne [illegible] au moins une fois durant l'exercice 2003-2004.
3. Supplément de revenu garanti.
4. [illegible]

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2004

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

Le Fonds de l'assurance médicaments est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. La direction de la Régie est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers du Fonds, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport d'activité est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles comptables internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que l'actif est convenablement protégé et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds.

Le conseil d'administration de la Régie est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers du Fonds ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification interne de la Régie.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires du Fonds conformément aux lois et règlements qui régissent ces deux entités.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers du Fonds conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Pierre Roy

Le directeur du budget
et des ressources financières,

André Gignac

Québec, le 28 mai 2004

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 2004 et l'état des opérations de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Fonds au 31 mars 2004 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

La vérificatrice générale par intérim,

Doris Paradis

Doris Paradis, FCA

Québec, le 28 mai 2004

OPÉRATIONS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS

	2004	2003
	(en milliers de dollars)	
Revenus		
Contribution du Fonds consolidé du revenu	1 565 692	1 050 842
Primes – adhérents et personnes de 65 ans ou plus (note 3)	583 437	524 759
Compensation du gouvernement du Québec (note 4)	10 000	10 000
	2 159 129	**1 585 601**
Dépenses		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux :		
personnes de 65 ans ou plus	1 179 684	795 285
prestataires de l'assistance-emploi	485 799	332 842
adhérents	448 581	413 353
Frais d'administration		
Régie de l'assurance maladie du Québec (note 5)	30 540	28 555
Intérêts sur emprunt	9 711	10 828
Perception des primes par le ministère du Revenu du Québec	4 814	4 738
	2 159 129	**1 585 601**

BILAN AU 31 MARS

	2004	2003
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme (note 6)		
Primes à recevoir	611 475	533 976
Passif		
À court terme (note 6)		
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	213 376	96 365
Dû au ministère du Revenu du Québec	291	249
Intérêts courus	852	1 164
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 7)	396 756	436 198
	611 475	533 976

Pour le Fonds,

Pierre Roy
Président-directeur général

Claude Gagnon
Membre du conseil d'administration

NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2004

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. CONSTITUTION, OBJET ET FINANCEMENT

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux, y compris, depuis le 1er juillet 2002, aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires de l'assistance-emploi.

En effet, depuis cette date, le Fonds assume les coûts de l'ensemble des assurés du régime public d'assurance médicaments.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne, peu importe son âge, ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la Loi pour certaines catégories de personnes telles que les enfants et les prestataires de l'assistance-emploi.

Depuis le 1er juillet 2002, le Fonds consolidé du revenu verse des contributions pour équilibrer les revenus et les dépenses. Elles ne peuvent pas excéder le total des contributions et des frais d'administration remboursés à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires de l'assistance-emploi.

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

2. CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers du Fonds sont préparés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Ils comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice.

Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux revenus en proportion de la période de couverture d'assurance écoulée au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des revenus de primes réels observés au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

3. REVENUS DE PRIMES

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 2002 et leur valeur estimative a eu pour effet d'augmenter les revenus de primes de 22,9 millions (2003 : augmentation de 42,9 M$).

L'estimation des primes se répartit comme suit :

	2004	2003
Adhérents	321 474	287 043
Personnes de 65 ans ou plus	261 963	237 716
	583 437	524 759

4. COMPENSATION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse cette compensation pour la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments.

5. FRAIS D'ADMINISTRATION

Les frais d'administration imputés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour toute personne adhérente qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux ainsi que pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires de l'assistance-emploi sont indiqués ci-dessous :

	ADHÉRENTS	AUTRES CLIENTÈLES	2004	2003
Traitements et avantages sociaux	9 103	9 573	18 676	15 298
Systèmes administratifs et technologies de l'information	1 866	3 278	5 144	4 211
Réseau de communication interactive	836	2 964	3 800	6 211
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	783	793	1 576	1 620
Loyer, entretien et électricité	656	688	1 344	1 215
	13 244	17 296	30 540	28 555

6. INSTRUMENTS FINANCIERS

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée.

7. EMPRUNT SUR BILLET DU FONDS DE FINANCEMENT DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

	2004	2003
Emprunt sur billet, d'un maximum de 450 M$, à taux variable selon la moyenne des taux des acceptations bancaires majorée de 0,3 %, sans modalité de remboursement. Le taux au 31 mars 2004 s'élève à 2,5 % (2003 – 3,43 %).	396 756	436 198
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	10 024	10 546

Les annexes

LES LOIS ET RÈGLEMENTS AUXQUELS LA RÉGIE EST ASSUJETTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'ADMINISTRATION ET L'APPLICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ET DE TOUT AUTRE PROGRAMME QUE LA LOI OU LE GOUVERNEMENT CONFIE À LA RÉGIE

- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)
- Règlements relatifs à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec :
  - Règlement (de la Régie) sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication (c. R-5, r. 0.1 ; décret 534-95 du 12 avril 1995)
  - Règlement (gouvernemental) sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec (c. R-5, r. 1 ; décret 1931-1986 du 16 décembre 1986)
  - Règlement (gouvernemental) sur les cotisations au régime général d'assurance médicaments (c. R-5, r. 1.1 ; décret 1454-99 du 15 décembre 1999)
  - Règlement (de la Régie) de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. R-5, r. 4 ; décret 125-84 du 18 janvier 1984)
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance maladie :
  - Règlement (gouvernemental) sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. A-29, r. 0.01 ; décret 1470-92 du 30 septembre 1992)
  - Règlement (gouvernemental) sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r. 0.02 ; décret 869-93 du 16 juin 1993)
  - Règlement (gouvernemental) sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r. 0.02.1 ; décret 1403-96 du 13 novembre 1996)
  - Règlement (gouvernemental) sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r. 0.03 ; décret 612-94 du 27 avril 1994)
  - Règlement (gouvernemental) sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives (c. A-29, r. 0.1 ; décret 609-90 du 2 mai 1990)
  - Règlement (gouvernemental) d'application de la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c. A-29, r. 1)
  - Règlement (de la Régie) sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., c. A-29, r. 2)

- Rémunération différente – Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (c. A-29, r. 3.4 ; arrêté ministériel 96-07 du 28 novembre 1996) ;
- Rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice (c. A-29, r. 4 ; décret 1781-93 du 8 décembre 1993) ;
- Désignation de centres de dépistage du cancer du sein (c. A-29 ; arrêté ministériel 1997 du 16 décembre 1997).

- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01) ;
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance médicaments :
  - Règlement concernant la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01 ; arrêté ministériel 1999-014 du 15 septembre 1999) ;
  - Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments (c. A-29.01, r. 1.1 ; arrêté ministériel 1992 du 6 juillet 1992) ;
  - Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r. 2 ; décret 1519-96 du 4 décembre 1996).

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'OCTROI DES CONTRATS

- Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6.001) :
  - Règlement sur les contrats d'approvisionnement, de construction et de services des ministères et des organismes publics (c. A-6, r. 5.001 ; décret 961-2000 du 16 août 2000) ;
- Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01) ;
- Loi sur les services gouvernementaux aux ministères et organismes publics (L.R.Q., c. S-6.1).

LOIS ET RÈGLEMENTS D'APPLICATION GÉNÉRALE

À titre d'exemples :

- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (c. M-30, r. 0.1 ; décret 824-98 du 17 juin 1998) ;
  - Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie (adopté par le conseil d'administration de la Régie le 13 octobre 1999) ;
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) ;
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28) :
  - Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (R.R.Q., c. A-28, r. 1).

LES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT
Services médicaux		
déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
pour toutes les personnes assurées		
pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1985	CSST
Services optométriques		
déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
pour les personnes assurées de moins de 18 ans et celles de 65 ans ou plus	26 mai 1993	
pour les prestataires de l'assistance-emploi	13 mai 1992	
pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours conformément à la Loi sur le soutien du revenu	1er octobre 1975	
pour toutes les personnes assurées souffrant d'une déficience visuelle	9 septembre 1992	
pour les personnes assurées de 18 ans ou moins souffrant d'amblyopie	1er mars 1985	
Services de chirurgie buccale		
déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
pour toutes les personnes assurées		
Services dentaires		
déterminés par règlement	1er mai 1974	Fonds des services de santé
pour les enfants		
pour les prestataires de l'assistance-emploi	4 avril 1979	
Médicaments et services pharmaceutiques		
déterminés par règlement	1er août 1972	Fonds des services de santé jusqu'au 30 juin 2002
inscrits sur la Liste de médicaments		
pour les prestataires de l'assistance-emploi		Fonds de l'assurance-médicaments depuis le 1er juillet 2002

1. Commission de la santé et de la sécurité du travail.
2. Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (1998, c. 35).

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT
- pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur le soutien du revenu	1er octobre 1975	
- pour les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle ou qui ne sont pas bénéficiaires d'un tel contrat ou d'un tel régime	1er janvier 1997	
- pour toute personne qui n'adhère pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, ou de toute autre occupation habituelle, ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
Appareils suppléant à une déficience physique		
- déterminés par règlement - pour toutes les personnes ayant une déficience physique, selon les conditions prévues par le règlement	1er juillet 1975	Fonds des services de santé
Aides visuelles		
- déterminées par règlement - pour les personnes aveugles et celles qui ont une basse vision, et qui sont inaptes à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement familier	30 novembre 1977	Fonds des services de santé
Aides auditives et aides de suppléance à l'audition		
- déterminées par règlement - pour toutes les personnes ayant une déficience auditive, selon les conditions prévues par le règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
Bourses de recherche		
- déterminées par règlement - pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
Bourses d'études		
- déterminées par règlement - pour des étudiants en médecine, contre engagement à fournir, dès la fin de leur formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministre	11 juin 1975	Fonds des services de santé
- pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale, ou ayant une absence totale de formation du sein			
- versement tous les deux ans du montant forfaitaire pour compenser le coût lié à l'achat ou au remplacement d'une prothèse mammaire	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1177-96
- remboursement tous les deux ans du coût excédant le montant forfaitaire aux prestataires de l'assistance-emploi	1er mars 1993		Accord MESSF-RAMQ Décret 1187-96
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1970	MSSS	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les personnes assurées ayant besoin d'un œil artificiel			
- allocation pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse, et montant forfaitaire pour son entretien et la réparation	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1272-98
- remboursement du coût lié à l'achat, au remplacement ou à l'entretien qui excède l'allocation maximale pour les prestataires de l'assistance-emploi	1er mars 1993		Accord MESSF-RAMQ Décret 1273-98
Appareils fournis aux stomisés permanents			
- remboursement d'un montant compensatoire annuel à toutes les personnes assurées	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1383-91
- remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires de l'assistance-emploi			Accord MESSF-RAMQ Décret 430-96
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes, domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrement de la province où se trouve le domicile	Accord MSSS-RAMQ Décret 1405-87

3. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2004.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux
5. Régie de l'assurance maladie du Québec
6. Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS
Prothèses dentaires acryliques fournies par les denturologistes pour les prestataires de l'assistance-emploi	9 avril 1979	Fonds des services de santé	Accord MESSF-RAMQ Décret 427-96
Services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle âgées de 18 ans ou plus, et de moins de 65 ans inscrites dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle	15 mai 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1225-99
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1146-87
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques, auxquels sont fournis des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la *Liste de médicaments*	1er janvier 1983	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 2678-83 Décret 971-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes atteintes de maladies transmissibles sexuellement	1er avril 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 972-96
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1053-90
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant versé une prime en vertu d'un accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ Décret 2547-82 Décret 608-83 Décret 474-9
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la Loi sur le soutien du revenu (1998, c. 36)	1er mai 1989	MESSF	Accord MESSF-RAMQ Décret 435-91
Rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	15 avril 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1296-92
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat, prévus par le Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord MSP[1]-RAMQ Décret 1444-91

1. Les accords sont indiqués sous le nom des ministères au 31 mars 2004.
2. Ministère de la Sécurité publique.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS[9]
Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	1er janvier 1981	CSST	Accord RAMQ-CSST Décret 3246-81
Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés - pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	1er février 1994	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1187-97
Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	1er avril 1996	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 848-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose	17 février 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 98-97
Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle	1er janvier 1997	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 749-97
Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec	1er avril 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 377-99
Gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie	17 décembre 2003	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 983-2003
Remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	23 mars 2004	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1283-2003
La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services			
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	1er mai 1988	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ Décret 609-83

9. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2004.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels

Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés

Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique

Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose

Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle

Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec

Gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie

Remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques

La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services.

Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent

Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

PROGRAMMES	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de l'assistance-emploi	1er février 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-MESSF-RAMQ Décret 1233-91
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er avril 1990	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 407-90
Rémunération des médecins pour leur présence à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	18 décembre 1991 (médecins spécialistes) 16 juin 1992 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1610-92
Rémunération des médecins exerçant à titre de médecin-conseil ou de coordonnateur des services préhospitaliers auprès des Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ou à titre de membre d'une commission médicale régionale	1er octobre 1995 (médecins spécialistes) 1er janvier 1996 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1189-97
Exonération financière pour les services d'aide domestique	1er septembre 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 925-99
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)	29 juin 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 863-99 Décret 998-2001

(1) Les données sont indiquées aux six mois du mandat au 31 mars 2004.

C. FONCTIONS DELEGUEES A LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

FONCTIONS	ENTRÉE EN VIGUEUR	SOURCES DE FINANCEMENT	DÉCRETS ET ACCORDS
Contribution financière des adultes hébergés	1er septembre 1997	MSSS	Ententes MSSS-RAMQ et MESS-RAMQ Décret 520-99
Contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire	1er avril 2001	MSSS	Entente MSSS-RAMQ Décret 341-2001

1) Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2004.

LE PLAN STRATÉGIQUE 2001-2004
(tableau synthèse)

LA MISSION

Contribuer à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois.

LES ENJEUX

La qualité des services dispensés par la RAMQ

La pérennité de notre système de santé et de services sociaux

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Mettre la satisfaction de la clientèle au centre des préoccupations de la RAMQ

Favoriser les échanges d'information sécurisés et en assurer l'accès dans le respect des règles de protection des renseignements personnels

LES AXES D'INTERVENTION

1

Des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la clientèle

2

Le développement de services informationnels à titre de contribution au système de santé et de services sociaux

LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1.1 D'ici 3 ans, augmenter d'au moins 5% le taux général de satisfaction de la clientèle

1.2 D'ici 3 ans, améliorer de 10% des délais de prise en charge de services à la clientèle en relation avec la déclaration de services aux citoyens publiée en avril 2001

1.3 Améliorer la qualité des services offerts par les collaborateurs de la RAMQ, sur l'ensemble du territoire, pour l'obtention de la carte d'assurance maladie

2.1 D'ici 3 ans, accroître de 15% le taux d'utilisation de l'actif informationnel de la RAMQ

La pérennité de notre système de santé et de services sociaux

La gestion performante des ressources humaines et des ressources en technologies de l'information et des télécommunications

Valoriser la contribution de la RAMQ dans le secteur de la santé et des services sociaux en s'appuyant sur ses compétences distinctives et complémentaires

3

Un partenariat renforcé au sein du secteur de la santé et des services sociaux

3.1 D'ici 3 ans, rendre disponible à au moins 80% de la population québécoise, sur l'ensemble du territoire, la carte d'assurance santé à microprocesseur en remplacement de la carte d'assurance maladie actuelle

3.2 Positionner la RAMQ comme partenaire principal dans la mise en place des nouvelles technologies de l'information propres à contribuer à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux

3.3 D'ici 3 ans, conclure au moins 3 ententes de partenariat contribuant à soutenir les efforts d'amélioration des services offerts à la population

Moderniser le cadre de gestion de la RAMQ pour soutenir l'amélioration des services aux citoyens

4

Une capitalisation sur les possibilités offertes par les technologies de l'information et des télécommunications

4.1 Donner la priorité à la modernisation des systèmes et des infrastructures les plus critiques

4.2 Accentuer la mise en place des services en ligne adaptés aux besoins de la clientèle ; en particulier, d'ici 1 an, réaliser les premiers services en ligne dans d'autres secteurs d'activité de la RAMQ

5

Un milieu de travail mobilisateur, ouvert aux aspirations et offrant des défis

5.1 D'ici 2 ans, avoir mis en place un plan de reconnaissance pour favoriser l'excellence et la performance

5.2 D'ici 2 ans, allouer au moins 3% de la masse salariale au développement des ressources humaines

5.3 Dès 2001, donner la priorité au développement et à l'amélioration des mécanismes favorisant la consultation, l'information ainsi que la participation du personnel aux affaires de la RAMQ

LE PLAN STRATÉGIQUE 2001-2004
(tableau synthèse)

LA MISSION

Contribuer à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois

LES ENJEUX

La pérennité de notre système de santé et de services sociaux

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Mettre la satisfaction de la clientèle au centre des préoccupations de la RAMQ

Favoriser les échanges d'information sécurisés et en assurer l'accès dans le respect des règles de protection des renseignements personnels

LES AXES D'INTERVENTION

1

Des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la clientèle

2

Le développement de services informationnels à titre de contribution au système de santé et de services sociaux

LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

1.1 D'ici 3 ans, augmenter d'au moins 5 % le taux général de satisfaction de la clientèle

1.2 D'ici 3 ans, améliorer de 10 % des délais de prise en charge de services à la clientèle en relation avec la déclaration de services aux citoyens publiée en avril 2001

1.3 Améliorer la qualité des services offerts par les collaborateurs de la RAMQ, sur l'ensemble du territoire, pour l'obtention de la carte d'assurance maladie

2.1 D'ici 3 ans, accroître de 15 % le taux d'utilisation de l'actif informationnel de la RAMQ

La pérennité de notre système de santé et des services sociaux	[illegible]	
Valoriser la contribution de la RAMQ dans le secteur de la santé et des services sociaux en s'appuyant sur ses compétences distinctives et complémentaires	Moderniser le cadre de gestion de la RAMQ pour soutenir l'amélioration des services aux citoyens	
3	**4**	**5**
Un partenariat renforcé au sein du secteur de la santé et des services sociaux	Une capitalisation sur les possibilités offertes par les technologies de l'information et des télécommunications	Un milieu de travail mobilisateur ouvert aux aspirations et offrant des défis
3.1 D'ici 3 ans, rendre disponible à au moins 80 % de la population québécoise, sur l'ensemble du territoire, la carte d'assurance santé à microprocesseur en remplacement de la carte d'assurance maladie actuelle 3.2 Positionner la RAMQ comme partenaire principal dans la mise en place des nouvelles technologies de l'information propres à contribuer à la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux 3.3 D'ici 3 ans, conclure au moins 3 ententes de partenariat contribuant à soutenir les efforts d'amélioration des services offerts à la population	4.1 Donner la priorité à la modernisation des systèmes et des infrastructures les plus critiques 4.2 Accentuer la mise en place des services en ligne adaptés aux besoins de la clientèle, en particulier d'ici 3 ans, réaliser les premiers services en ligne dans d'autres secteurs d'activité de la RAMQ	5.1 D'ici 2 ans, avoir mis en place un plan de reconnaissance pour favoriser l'excellence et la performance 5.2 D'ici 2 ans, allouer au moins 3 % de la masse salariale au développement des ressources humaines 5.3 Dès 2001, donner la priorité au développement et à l'amélioration des mécanismes favorisant la consultation, l'information ainsi que la participation du personnel aux affaires de la RAMQ

LES RECOURS EN CAS D'INSATISFACTION

Le personnel de la Régie a le souci de fournir des services de qualité. L'amélioration des services s'inscrit dans une démarche continue et se traduit par une recherche permanente de nouveaux moyens de mieux faire.

DES RECOURS POUR LES PERSONNES ASSURÉES

Si une personne assurée est insatisfaite, elle dispose de différents recours :

- elle peut demander à s'adresser au supérieur immédiat de l'employé qui lui a répondu. Si la Régie a commis une erreur ou une faute, elle s'efforcera d'y remédier de façon équitable ;
- si la personne est en désaccord avec une décision de la Régie, elle peut, dans un délai de six mois, demander la révision de son dossier ;
- elle peut porter plainte auprès de la commissaire aux plaintes des personnes assurées.

  Le rôle de la commissaire est de défendre les intérêts de la personne assurée devant l'administration de la Régie et de voir à ce qu'elle obtienne les services auxquels elle a droit. La personne lui expose alors les faits par téléphone ou par écrit et lui transmet, s'il y a lieu, les renseignements et les documents nécessaires à l'étude de sa plainte.

  On peut communiquer de diverses façons avec la commissaire aux plaintes des personnes assurées :

Par téléphone : - À Québec : (418) 682-5145
- Ailleurs (sans frais) : 1 888 899-2121

Par télécopieur : (418) 646-1962

Par la poste : Commissaire aux plaintes des personnes assurées
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Par courriel : commissaire.plaintes@ramq.gouv.qc.ca

- si la personne n'obtient toujours pas satisfaction, elle peut s'adresser au Protecteur du citoyen. Cet organisme étudie les plaintes de la population de façon neutre et sans préjugés. Il interviendra auprès de la Régie pour l'inviter à corriger toute erreur ou injustice qu'il aura pu constater. On peut lui présenter une plainte en écrivant à l'adresse suivante :

  Protecteur du citoyen
  525, boulevard René-Lévesque Est, bureau 1.25
  Québec (Québec) G1R 5Y4

DES RECOURS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

En cas d'insatisfaction, le professionnel de la santé peut communiquer avec un préposé de la Régie. Si la réponse obtenue ne le satisfait pas, il peut porter sa plainte à l'attention du directeur des services à la clientèle professionnelle, en lui écrivant à l'adresse suivante :

Directeur des services à la clientèle professionnelle
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Si le professionnel demeure insatisfait du traitement de sa plainte, il peut s'adresser à l'association professionnelle dont il est membre. Les représentants de cette dernière et ceux de la Régie s'efforceront de trouver ensemble une solution au problème.

Les recours dont dispose le professionnel qui désire contester une décision de la Régie sont prévus par entente négociée entre l'association professionnelle dont il est membre et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie a été adopté le 13 octobre 1999.

1. LES VALEURS FONDAMENTALES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Diverses valeurs fondamentales guident les actions et les décisions des membres du conseil d'administration dans la façon de gérer les relations que la Régie doit entretenir avec les citoyens, les personnes assurées, les professionnels de la santé, les dispensateurs de services, ses employés et ses divers partenaires. Agir avec intégrité signifie agir de façon conforme à ces valeurs fondamentales, en tenant compte des circonstances.

Qualité du service

Les membres du conseil s'appliquent, par leurs décisions, à favoriser un service de qualité aux divers clients de la Régie (personnes assurées, professionnels, dispensateurs de services, partenaires), au meilleur coût possible et dans des délais raisonnables. De plus, ils visent à ce que l'organisation puisse garantir l'exactitude des données, élément essentiel pour mener à bien sa mission.

Ils tendent également, par leurs décisions, à encourager le traitement courtois et équitable des citoyens, des professionnels, des dispensateurs de services, des employés et des partenaires de la Régie.

Efficacité et efficience

Les membres du conseil visent à assurer, par leurs décisions, l'utilisation optimale des ressources humaines, financières et techniques de la Régie en vue de la réalisation de sa mission. Ils visent également à assurer une efficacité optimale du conseil d'administration lui-même, par leur assiduité et par la qualité de leur participation.

La contribution des membres aux réunions du conseil et, par conséquent, à la réalisation de la mission de la Régie est déterminante. Afin de prendre part efficacement aux travaux du conseil, les membres veillent à être assidus aux réunions, à s'y préparer adéquatement et à participer aux débats au mieux de leur compétence.

La contribution des membres aux travaux du conseil se fait dans le respect du droit et avec loyauté, prudence et diligence. Les membres demandent au président tout renseignement qu'ils jugent utile au sujet des activités de la Régie afin de s'acquitter efficacement de leur mandat. Ils favorisent aussi la collaboration entre eux et avec le président-directeur général de la Régie.

Afin de faciliter la discussion et la prise de décision au conseil, chacun voit à observer la plus grande discrétion quant aux discussions qui y ont cours.

Respect des personnes et protection des renseignements personnels

Dans le cadre de sa mission, la Régie gère de grandes quantités de données, tant sur l'ensemble de la population que sur les dispensateurs de soins de santé et d'autres services, ainsi que sur les services pour lesquels les dispensateurs sont rémunérés. Ce rôle s'avère crucial, non seulement pour la Régie elle-même dans l'accomplissement de sa mission, mais aussi pour la gestion du système de santé dans son ensemble.

Tout en visant à répondre efficacement aux besoins d'information et à rendre l'information accessible aux personnes et aux organismes qui y ont droit, la Régie a pour priorité d'assurer la protection de la confidentialité des renseignements personnels qu'elle administre. Cette préoccupation est constante et les membres du conseil reconnaissent qu'il s'agit là d'un élément essentiel permettant de garantir le respect des personnes, l'intégrité de la Régie à titre d'organisme public et la préservation du lien de confiance qui l'unit aux citoyens québécois.

Par ailleurs, les membres veillent à agir avec impartialité et équité. Dans leurs discussions et leurs décisions, ils s'assurent de ne manifester ni préférence ni parti pris, et d'éviter toute discrimination illicite fondée sur les motifs énoncés dans la Charte des droits et libertés de la personne.

Honnêteté et désintéressement

Les membres du conseil s'appliquent à exercer leurs fonctions et à prendre leurs décisions dans l'intérêt du public, tout en tenant compte des contraintes matérielles et financières existantes. Ils s'abstiennent de se laisser influencer par des considérations extérieures et évitent de se placer dans une situation où ils pourraient être portés à préférer leur intérêt personnel ou celui de leurs proches à l'intérêt de la Régie ou du public, qu'il s'agisse d'une situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel.

L'apparence de conflit d'intérêts peut être tout aussi dommageable à la crédibilité de la Régie et des membres en cause qu'une situation de conflit réel. Afin de préserver la confiance du public dans la Régie, il importe également que les membres ne se placent pas dans des situations où une apparence de conflit d'intérêts serait de nature à jeter un doute raisonnable sur leur capacité de s'acquitter correctement de leurs fonctions.

Pour faciliter l'application de ce principe et préserver l'intégrité et la réputation de la Régie ainsi que de ses membres, des règles précises sont présentées à la section 2.

Reddition de comptes

La Régie est un organisme public et, à ce titre, les membres du conseil reconnaissent qu'ils doivent rendre compte de leurs décisions au gouvernement ainsi qu'au public en général. Ils reconnaissent aussi qu'ils doivent être en mesure de justifier la conduite qu'ils adoptent dans l'exercice de leurs fonctions et de faire preuve de transparence.

2. RÈGLES EN MATIÈRE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Détermination de situations de conflit d'intérêts

Il incombe aux membres du conseil de prendre les mesures nécessaires pour éviter les situations de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent et d'organiser leurs affaires personnelles en conséquence. Lorsqu'une telle situation survient en dehors de leur volonté, ils doivent la divulguer immédiatement et y remédier sans tarder.

Ainsi, les membres du conseil doivent s'assurer de n'avoir dans aucune entreprise un intérêt direct ou indirect qui pourrait placer leur intérêt personnel en conflit avec celui de la Régie, sous peine de déchéance de charge. Il est toutefois permis aux membres de recevoir des honoraires pour des soins professionnels prodigués dans l'exercice de leurs fonctions.

Lorsqu'ils se retrouvent en conflit d'intérêts en raison d'une succession ou d'une donation, les membres doivent y renoncer ou en disposer avec diligence. Ils ne peuvent, dans le but de contourner les présentes règles, ni vendre ni céder les biens litigieux à des personnes avec lesquelles ils ont un lien de dépendance ou à un membre de leur famille.

Advenant que le président se trouve dans une situation présentant un risque réel ou potentiel de conflit d'intérêts parce qu'il détient un intérêt et que cela est incompatible avec ses fonctions, il doit se dessaisir de cet intérêt dans les 120 jours suivant sa nomination. Il peut soit le vendre à un tiers, avec qui il n'a aucun lien de dépendance, soit le déposer en fiducie.

Les situations suivantes peuvent également constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration ;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie ;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie ;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie ;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Déclaration d'intérêts

Au moment de leur nomination, les membres du conseil doivent remettre au président une déclaration écrite l'informant des situations qui pourraient avoir un lien direct avec les activités de la Régie et donner lieu à un conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent.

Si les membres eux-mêmes ou un de leurs proches détiennent directement ou indirectement dans un organisme, une entreprise ou une association un intérêt susceptible de les placer dans une situation de conflit d'intérêts, ils doivent le déclarer en précisant les droits qu'ils peuvent faire valoir contre la Régie ainsi que leur nature et leur valeur.

De même, les membres qui se trouvent en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat doivent le signifier par écrit au président dans les meilleurs délais.

Dès qu'il en est informé, le président doit établir s'il y a conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent.

S'il y a conflit d'intérêts, les membres en cause doivent s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'objet du conflit et éviter d'influencer cette décision. Ils doivent également se retirer de la réunion pendant les délibérations et le vote relatifs à la question qui les place en conflit d'intérêts. Le procès-verbal doit faire état de leur absence ou de leur abstention de participer aux discussions.

Le président peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité de la Régie et la confiance du public.

Il est possible qu'une telle déclaration d'intérêts soit faite pendant une réunion du conseil. Dans un tel cas, le procès-verbal doit en faire état ainsi que des mesures décidées par le président à cet effet.

Confidentialité des déclarations des administrateurs

Il incombe au secrétaire du conseil de veiller à ce que les renseignements transmis par les membres au président au sujet des situations pouvant donner lieu à un conflit d'intérêts demeurent confidentiels. Tous les documents sont versés à des dossiers personnels spéciaux créés à cet effet et gardés en sécurité au bureau du secrétaire général de la Régie. À moins que la loi n'en dispose autrement, les seules personnes ayant accès à ces documents sont le président et le secrétaire du conseil ou leurs représentants. De plus, tout document ayant trait aux activités des membres est conservé sous pli cacheté.

Cadeaux, faveurs et avantages

Afin de préserver l'indépendance et le désintéressement essentiels à l'exercice des fonctions d'administrateur public et d'éviter toute situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel, les membres du conseil doivent être particulièrement vigilants face aux cadeaux ou avantages qui leur sont offerts par des tiers.

Ainsi, il leur est interdit d'accepter un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise ou d'un organisme qui traite ou souhaite traiter avec la Régie, à l'exception des cadeaux d'usage et de peu de valeur. Dans les cas où ils se verraient offrir un cadeau, une marque d'hospitalité ou un autre avantage pour un geste accompli dans l'exercice de leurs fonctions, ils doivent également le refuser à moins qu'il soit d'usage et d'une valeur modeste. Afin d'éviter les situations ambiguës, il est préférable que les membres précisent clairement l'existence de ces règles à toute personne qui exprimerait l'intention de leur offrir un cadeau ou une marque d'hospitalité. Les membres ne peuvent en aucun cas accepter de l'argent.

Tout cadeau ou tout autre avantage reçu en contravention avec ces règles doit être remis au donateur ou à l'État.

Les membres du conseil doivent s'abstenir d'accorder, de solliciter ou d'accepter une faveur ou un avantage indu pour eux-mêmes ou pour un tiers. Ils doivent aussi éviter d'utiliser leur fonction d'administrateur de la Régie afin d'influencer une décision en leur faveur ou de procurer un avantage indu à un tiers.

3. RÈGLES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ DE L'INFORMATION

Confidentialité des données

Les membres du conseil d'administration reconnaissent l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et s'assurent que leurs décisions et leurs activités respectent cette confidentialité ainsi que la législation à ce sujet.

Confidentialité des informations obtenues dans l'exercice de leurs fonctions

Les membres doivent respecter le caractère confidentiel de toute information qu'ils obtiennent dans l'exercice de leurs fonctions. Ceux qui représentent un groupe d'intérêts particulier ou qui y sont liés peuvent toutefois demander au président l'autorisation de dévoiler certains renseignements précis afin de consulter ce groupe ou de lui faire rapport sur une question déterminée.

Par ailleurs, les membres doivent éviter de faire en sorte que l'information confidentielle qu'ils obtiennent dans l'exercice de leurs fonctions soit utilisée à des fins personnelles, au profit d'un tiers ou de façon préjudiciable à la Régie.

4. RÈGLES DIVERSES

Utilisation des biens de la Régie

Les membres doivent s'abstenir d'utiliser directement ou indirectement les biens de la Régie à leur profit ou au profit d'un tiers.

Considérations politiques et réserve

Le président doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques. De plus, s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective, il doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif et se démettre de ses fonctions.

Afin de préserver l'intégrité et l'impartialité de la Régie et de ses membres, et de s'assurer d'agir dans l'intérêt du public, les membres du conseil doivent prendre leurs décisions indépendamment de toute considération politique partisane.

Rémunération

Le président doit s'abstenir de recevoir quelque avantage, ristourne ou commission que ce soit, en plus de la rémunération à laquelle il a droit. De même, les membres du conseil doivent s'abstenir de recevoir quelque somme que ce soit en plus du remboursement de leurs frais de déplacement.

5. RÈGLES APPLICABLES EN CAS DE CESSATION DES FONCTIONS

Par souci d'équité et afin de préserver le lien de confiance du public envers la Régie, il importe de prévenir les situations de conflits d'intérêts réels ou apparents impliquant d'anciens membres du conseil, d'éviter qu'ils puissent bénéficier d'un traitement de faveur ou d'un avantage indu après la cessation de leurs fonctions et d'assurer la protection de la confidentialité des informations auxquelles ils ont eu accès.

Pour ces raisons, les membres du conseil qui ont cessé d'exercer leurs fonctions doivent :

- s'abstenir de tirer un avantage indu de leurs fonctions antérieures au sein de la Régie ;
- s'abstenir de dévoiler des informations confidentielles qu'ils ont obtenues dans l'exercice de leurs fonctions ;
- s'abstenir d'agir, dans l'année qui suit la fin de leurs fonctions, au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Régie est partie et sur laquelle ils détiennent de l'information non accessible au public.

6. CONSEILLER EN ÉTHIQUE ET EN DÉONTOLOGIE

Le secrétaire du conseil agit comme conseiller en éthique et en déontologie auprès des membres du conseil. Il doit les informer du contenu et des modalités d'application du code. Il a également pour responsabilité de faire enquête sur réception d'allégations d'irrégularités et de faire rapport au président du conseil d'administration à ce sujet. Enfin, il voit à faire publier dans le rapport annuel de la Régie le présent code ainsi que tout autre renseignement exigé par la loi.

7. PROCESSUS DISCIPLINAIRE ET SANCTIONS

Les membres du conseil doivent, pour demeurer en fonction, observer les règles et les principes exposés dans ce code. Au moment de leur nomination, les membres doivent signer un document attestant qu'ils ont lu et compris le présent code et le règlement sur l'éthique, et qu'ils s'engagent à les respecter. La signature de l'attestation par les membres déjà en fonction doit se faire dans les 60 jours suivant l'entrée en vigueur du présent code.

Le processus disciplinaire est précisé au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics. Les membres du conseil auxquels on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peuvent présenter des observations et, s'ils en font la demande, être entendus à ce sujet.

Les sanctions imposées aux membres qui ont contrevenu aux principes d'éthique et aux règles de déontologie tiennent compte de la nature et de la gravité de la faute. Toute sanction imposée à un membre est écrite et motivée.

LA LISTE DES PUBLICATIONS MAJEURES

DÉPLIANTS ET BROCHURES

- Le régime d'assurance maladie du Québec
- L'assurance médicaments – Ce qu'il faut savoir sur le régime public
- L'assurance médicaments – Les produits antitabac
- L'assurance médicaments – Pour notre plus grand bien
- Services de santé assurés hors du Québec
- Programme de prothèses mammaires externes
- Programme de services optométriques
- Programme d'aides visuelles
- Programme d'aides auditives
- Programme de prothèses oculaires
- Programme de services dentaires
- Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
- Programme de contribution financière des adultes hébergés
- Programme de contribution financière des adultes de 18 ans et plus confiés à une ressource intermédiaire
- Programme d'appareils fournis aux stomisés permanents
- Programme d'appareils suppléant à une déficience physique
- Programme des services médicaux
- Renouvellement de la carte d'assurance maladie

RAPPORTS D'ÉTUDE ET STATISTIQUES

- Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes de 64 ans ou moins
- Statistiques annuelles

DES RENSEIGNEMENTS UTILES POUR JOINDRE LA RÉGIE

ADRESSES DES BUREAUX

1125, chemin Saint-Louis
Sillery (Québec) G1S 1E7

425, boul. De Maisonneuve Ouest
3e étage, bureau 303
Montréal (Québec) H3A 3G5

TÉLÉPHONE

Pour les citoyens

Québec : (418) 646-4636
Montréal : (514) 864-3411
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749

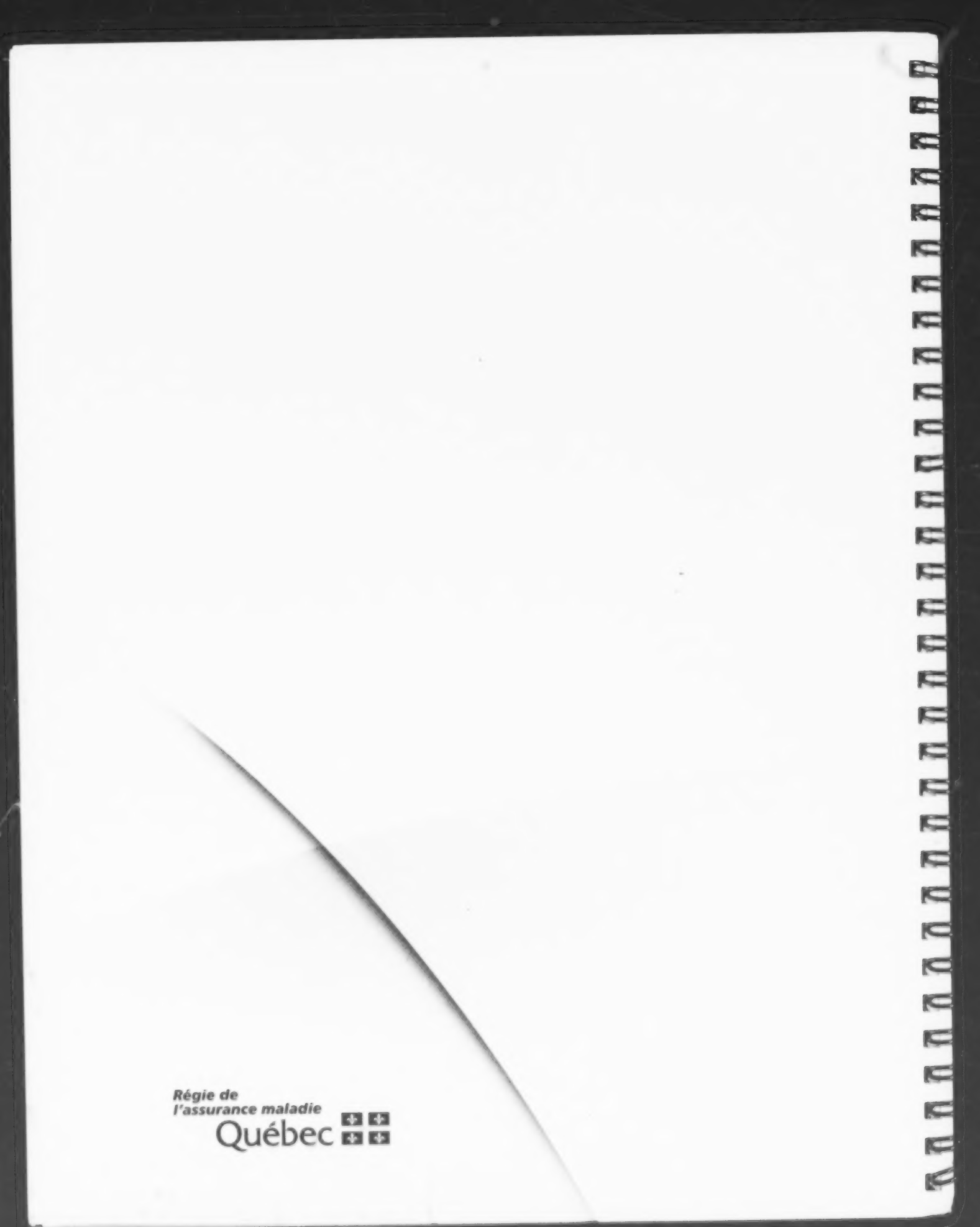
Appareil de télécommunication pour les personnes sourdes (ATS)
Québec : (418) 682-3939
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 361-3939

Pour les professionnels de la santé

Québec : (418) 643-8210
Télécopieur : (418) 646-9251
Montréal : (514) 873-3480
Télécopieur : (514) 873-5951
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 463-4776

La ligne Info Prof
Québec : (418) 528-7763
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 463-7763

Le Centre de support aux pharmaciens
Québec : (418) 643-9025
Télécopieur : (418) 528-5655
Ailleurs au Québec, sans frais : 1 888 883-7427


Régie de
l'assurance maladie
Québec